

**LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD:
MEDICALIZACION O REIVINDICACIÓN DE DERECHOS**

El caso de siete hospitales públicos en la ciudad de La Plata

Doctoranda: Silvina Inés Sánchez
Director de Tesis: Antonio López
Co- Director de Tesis: Horacio González

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL
Primera cohorte
Julio 2015**

Agradecimientos

Esta Tesis de Doctorado es fruto de mis años de intervención profesional en un Hospital Público de la provincia de Buenos Aires. Dicho recorrido, marcado por una trayectoria de veinte años, se llena de satisfacción al poder completar, la síntesis de mis inquietudes académicas y la madurez profesional.

Esta trayectoria contó con el apoyo incondicional de los pacientes, ya que ellos fueron y seguirán siendo el motor de inicio de mis preocupaciones profesionales, el aliento para seguir reflexionando sobre mi práctica y la excusa para no ceder frente a los embates de la realidad hospitalaria, cada vez más compleja y difícil de transitar. A partir del desafío en ocasiones hasta inconsciente hacia la enfermedad, contagian la capacidad de una lucha constante e invitan a no bajar los brazos.

Esa actitud rebelde frente al acontecer que a veces los vence, imprime de energía, de curiosidad, de no ceder ante lo dado, de silencios activos, e impulsa a seguir...

La profesión del Trabajo Social comparte algunas de estas características. Al estar de cara frente a la adversidad, seguimos yendo hacia adelante, siempre preguntándonos, siempre rebelándonos, siempre queriendo más.

Es bajo esa inquietud que sigo indagando hacia el adentro de la vida profesional, por lo que sigo ligando mis preocupaciones teóricas a dicho aspecto disciplinar. Primero en mi tesis de Maestría, cuando me preguntaba acerca de la intervención profesional y sus posibilidades de relacionarse interdisciplinariamente, y hoy, con un grado de profundización mayor, llevando hasta las últimas consecuencias epistemológicas la pregunta acerca de la especificidad disciplinar en el campo particular de la salud.

Es grato reconocerme en una trayectoria que conjugó la práctica efectiva de la profesión y la vida académica; creo que sin ambas dimensiones no hubiera podido construir al Trabajador Social que soy hoy.

Tampoco lo hubiera podido hacer sin el apoyo fundamental de mi familia, mi marido, que apasionado de lo que hace como yo, me alienta y me acompaña; y mis hijos, quienes nacieron con la Maestría y hoy son adolescentes del Doctorado. Los disfruto como seres

humanos maravillosos, comprometidos en lo que hacen y apasionados por la igualdad de todos los seres humanos.

También agradezco a mi Director de Tesis, el Dr. Antonio López quien, además de compañero de mi vida académica, me ha visto crecer, retroceder, repreguntarme y cuestionarme una y otra vez este producto que hoy presento. A mi Codirector de Tesis, el Dr. Horacio González, quien desinteresadamente me guió en los aspectos centrales metodológicos de la misma. A mis compañeros de cátedra, que generosamente aportaron materiales empíricos, comentarios oportunos, acompañamientos silenciosos. A la Directora del Doctorado, Dra. Margarita Rozas, por sus desinteresados consejos, su tiempo para conmigo, y para todo su equipo quienes, con mucho esfuerzo, pone todas las energías para que este postgrado produzca buenos efectos.

Por último, a mis colegas de todos los hospitales entrevistados, quienes desinteresadamente han compartido conmigo su experiencia profesional. Espero que los resultados de esta reflexión acerca de la práctica haya sembrado un granito de arena para la pregunta, único motor valedero que reaviva la energía para seguir en este camino del Trabajo Social en Salud, espinoso desafío colmado de gratificaciones.

Resumen

El **Capítulo 1** presenta las diversas concepciones para abordar la salud desde una perspectiva histórica, para desde allí desembocar en la problemática de la práctica del Trabajador Social, mediada por el proceso de medicalización; A partir de ello instala dicho proceso como base y consecuencia de las diversas formas que han adquirido éstas en el escenario particular de los hospitales públicos.

El **Capítulo 2** aborda cómo la estructura actual de las instituciones hospitalarias condiciona el ejercicio profesional. Se destacan las organizaciones piramidales y matriciales, como sustentadoras de los procesos de medicalización. Se completa el capítulo con un análisis de los procesos de trabajo humanos como vía para la superación del problema de la medicalización, revitalizando los aspectos subjetivos, sociales y culturales del proceso de enfermar.

El **Capítulo 3** describe los recursos metodológicos seleccionados para el trabajo empírico, la selección de la encuesta y la entrevista como fuente de datos primaria e insumo para un estudio cualitativo. Además presenta los resultados de la indagación empírica, se describen los hallazgos respecto a la población objeto de estudio de la encuesta organizado por perfiles poblacionales, así como los datos obtenidos por el análisis de contenido realizado a las entrevistas a informantes claves.

El **Capítulo 4** enuncia las diversas interpretaciones teóricas que resultan de la articulación del trabajo empírico y las categorías teóricas del estudio. Se presenta una matriz conceptual como recurso heurístico para mostrar procesos alternativos de práctica o intensificación del mecanismo de la medicalización, en la intervención de los Trabajadores Sociales en salud.

El **Capítulo 5** presenta las conclusiones. La categoría “reivindicación” muestra una alternativa superadora para revertir la falta de especificidad profesional en el escenario particular de los hospitales públicos. Con base en la teoría hegeliana del reconocimiento, buscará identificar la reivindicación de derechos en la relación intersubjetiva que se forma entre profesional y usuario-paciente cuando se genera la intervención social. Dicho proceso se da en la dimensión universal de la eticidad, considerada como la mediación esencial entre sujetos particulares y comunidad intersubjetiva.

Indice

Introducción.....	7
--------------------------	----------

Capítulo 1.- Trabajo Social y Salud. La medicalización como síntoma de la especificidad profesional.

1.1 El campo de la Salud como escenario de prácticas profesionales diversas.....	19
1.2 La práctica profesional del Trabajo Social en salud. Perspectivas teóricas identificables.....	29
1.3 La medicalización como origen y síntoma de las prácticas profesionales del Trabajo Social en salud.....	41

Capítulo 2.- De cómo la estructura hospitalaria actual condiciona para un ejercicio profesional medicalizante.

2.1 Análisis de la institución como estructura.....	47
2.2 El Hospital Público actual.....	49
2.3 La relación entre modelos prestacionales y los procesos de trabajo humanos.....	55

Capítulo 3.- Sobre la investigación

3.1 Características del estudio.....	59
3.2 Metodología utilizada para la encuesta.....	66
3.3 Metodología utilizada para la entrevista.....	69
3.4 Resultados de la aplicación de la encuesta.....	74
3.5 Resultados del análisis de contenido de las entrevistas.....	79

Capítulo 4.- Análisis

4.1 Generalidades.....	84
4.2 Respecto del decir acerca del contexto de la práctica.....	89
4.3 Respecto del decir acerca de su práctica hospitalaria.....	94
4.4 Sobre la intermediación: conceptos y variables.....	99

Capítulo 5.- Conclusiones

5.1 La problemática de la especificidad profesional en Trabajo Social y su relación con la dimensión técnica-instrumental.....	105
5.2 Sobre Especificidad Profesional y Medicalización.....	111
5.3 La oportunidad de cancelar o habilitar opciones de trabajo surge de la mediación entre estructura y proceso.....	114
5.4 La reivindicación de derechos como potencia para un objetivo profesional específico de la práctica del Trabajo Social en salud.....	116

Bibliografía.....	123
--------------------------	------------

Anexo.....	135
-------------------	------------

INTRODUCCION

Presentación del Tema y explicitación del Problema de investigación

La práctica efectiva del Trabajo Social, en el escenario de la salud, presenta al menos dos dimensiones que se cruzan en el ejercicio profesional. La primera abarca las distintas perspectivas teóricas, metodológicas y técnicas con las que cada Trabajador Social construye su especificidad profesional, y la segunda se encuentra ubicada en la concepción de salud con la que escucha su demanda. Ésta es un catalizador de cómo estructurará su oferta profesional en este campo determinado de acción.

Entender la especificidad profesional como producto de la práctica ejercida es pararse en la singularidad del problema, mientras que analizar el campo de la salud como escenario de su accionar es pensar en la estructura del mismo.

Para despejar este nudo teórico, es necesario indagar las diversas formas de producir salud y las distintas perspectivas disciplinares que detentan cierta hegemonía dentro de la profesión, en dicho campo de actuación. (Génesis)

A su vez, visibilizar el proceso de medicalización de la sociedad contemporánea como un síntoma de las manifestaciones de las prácticas sanitarias trae como consecuencia la definición como médicos de problemas, que pueden no ser de esta índole o que, no justificarían la intervención desmedida y exclusiva del sector. Dicho fenómeno no resulta ajeno a esta práctica particular dentro de los hospitales (Estructura)

Génesis y estructura delimitan una coordenada teórica que permite pensar a la especificidad disciplinar como un momento singular de una radical articulación paradójica, antinómica y contradictoria entre lo particular y lo universal.

Para el Trabajo Social este mecanismo de apropiación de las prácticas sanitarias posee un dilema central, ya que la medicalización es un fenómeno de desactivación de las potencialidades individuales y colectivas de los usuarios-pacientes con los que trabaja,

estandariza en base a ideales y neutraliza las diferencias y particularidades de cada sujeto, invalidando sus capacidades y recursos, su potencialidad creadora con base en el conflicto y el sufrimiento existencial¹.

Este proceso reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando las determinaciones sociales de la salud y la intervención política y comunitaria sobre los mismos.

En este escenario, los Trabajadores Sociales pueden caer en prácticas instrumentalistas, eficientistas, pragmáticas, si no encuentran espacios para reflexionar sobre él en el desarrollo de su práctica. La pregunta acerca de si la medicalización es una consecuencia inevitable de la realidad institucional en la que ejercen su práctica profesional o si deviene de las metodologías de trabajo que los guían, será una de las inquietudes de esta Tesis.

Será importante indagar los fundamentos teóricos de las opciones técnicas que eligen los profesionales. Esto podría explicar si los desarrollos de sus prácticas poseen rasgos de un razonamiento instrumental² pragmático heredado del origen de la profesión, o si se trata sólo de las consecuencias institucionales en su hacer.

El Trabajo Social es una profesión que interviene de cara a la realidad, donde la urgencia de las demandas sociales y el tipo de estructura institucional en el que se inserta configuran un escenario contradictorio que se muestra excesivamente simple si las respuestas profesionales son rápidas y a la vez acríticas. La exigencia de la eficiencia las vuelve fácilmente instalables, perdiendo el profesional la capacidad de reflexionar sobre las propias consecuencias de su accionar.

¹ Al respecto Hobbes desarrolla el concepto de naturaleza humana con base en el concepto de conflicto y violencia permanente en el ser humano, lo cual es inherente a su constitución. Hobbes, T (2006) *Discursos histórico políticos*. Buenos Aires, Gorla

² Razón instrumental: o racionalidad de los medios. Es la que se halla al servicio de algún otro tipo de razón que se estima principal; según ello, la razón instrumental es ancillar y está subordinada a una razón sustantiva. También es llamada “razón funcional”. El concepto de razón instrumental es más sociológico y ético que ontológico o epistemológico. En principio, es más un “saber cómo” a diferencia de un “saber que” por lo que suele presentarse como insuficiente si es subordinado a otro. Ferrater Mora, J (2012): *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires, Ariel.

La visualización de dicho proceso hacia el interior de la categoría profesional espera colocar nuevos elementos para, desde una posición reflexiva, apreciar lo que sucede y advertir su dominancia. Sólo entonces se podrán generar nuevas formas genuinas de praxis, las que, aún manteniendo un porcentaje elevado de circuitos de reificación³, puedan aportar nuevos sentidos a los procesos de práctica de los trabajadores sociales que actúan en salud.

Objetivos

a) Objetivo general:

Evaluar las prácticas del Trabajador Social en los hospitales públicos y el riesgo de perder su especificidad profesional a partir de los procesos de medicalización.

b) Objetivos específicos:

- Describir las prácticas de los trabajadores sociales que ejercen su profesión en el campo de la salud.
- Definir tipologías sobre el trabajo social en salud a partir de las variables edad, año de egreso, institución otorgante de sus títulos, tipo de relación laboral, presencia de postgrado, y trabajo como docente para la formación de profesionales.
- Analizar el grado de adecuación entre la oferta-demanda que describen y el objetivo de la intervención profesional que enuncian.
- Mostrar el sentir de cada profesional en la institución donde trabaja, a partir del análisis de variables subjetivas como la percepción de aspectos específicos del Trabajo Social en su tarea cotidiana, el mayor logro, el desafío actual para la

³ Reificación: se trata del “olvido del reconocimiento”. Con ello se refiere al proceso por el cual, en nuestro saber acerca de otras personas y en el reconocimiento de las mismas, se pierde la conciencia de en qué medida ambos se deben a la implicación y al reconocimiento previo. Honneth, A (2007). *Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica (pág. 91)

profesión, la perspectiva de salud que guía su acción y las corrientes teóricas propias de la profesión que guían su actuar.

- Analizar las respuestas obtenidas en relación a las categorías “especificidad” y “medicalización” y observar su dominancia o repliegue en las prácticas profesionales efectivas.

Hipótesis

Los trabajadores sociales de los hospitales públicos pierden su especificidad profesional desarrollando prácticas medicalizadas.

Procedimientos utilizados en el estudio

El objetivo del estudio es descubrir categorías y sus propiedades, y sugerir interrelaciones. Con ello se cumple con el criterio de que “El muestreo estadístico se realiza para obtener evidencia precisa sobre distribuciones de una población entre categorías, que pueden ser utilizadas en descripciones o verificaciones” (Strauss 2002, 62)

El estudio de casos es el método elegido para abordar el universo de estudio, todos los Trabajadores Sociales que ejercen su práctica en salud, con el interés de realizar un análisis exhaustivo de los significados que se hallen y así captar su especificidad.

La estructura del objeto de investigación –el caso- responde a las características de un objeto complejo. Contiene tres tipos lógicos de unidades de análisis, los cuales conforman un Sistema de tres Matrices de Datos (SMD)⁴: una matriz central o del nivel de anclaje, una matriz formada por componentes o partes de las unidades de análisis del nivel de anclaje y una matriz supraunitaria, conformada por los contextos de las unidades del nivel de anclaje.

⁴ Matriz de Datos: unidades de análisis, variables e indicadores, valores. Samaja, J (1994). *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires Eudeba (parte III)

a) Nivel contextual: Hospital Público

El campo de la salud se define como un escenario contradictorio, difícil de abordar y teñido por diversas comprensiones acerca del proceso salud-enfermedad-atención⁵. La existencia de diferentes culturas en cuanto a la comprensión de problema y a las vías consideradas certeras para curarlo agrega otra dimensión al análisis, actualmente hegemonizado por el proceso de medicalización. En el escenario actual, el modelo por cuidados progresivos es la condición de su funcionamiento⁶.

Siguiendo a Bourdieu (1999) los campos se presentan como “sistemas de posiciones y relaciones entre posiciones”. Se trata de espacios estructurados de posiciones a las cuales están ligadas cierto número de propiedades, que pueden ser analizadas independientemente de las características de quienes las ocupan.

La estructura de un campo es un estado, un momento histórico, la distribución de un momento dado del tiempo, del capital específico que allí está en juego. Se trata de un capital que ha sido acumulado en el curso de luchas anteriores y que orienta la lucha de los agentes comprometidos con ese campo. Es un estado de las relaciones de fuerza entre los agentes o las instancias comprometidas en el juego.

En este sentido, el cambio de paradigma de estructuras piramidales a estructuras matriciales puede derivar en un campo de luchas para conservar o transformar ese espacio de fuerzas. Es decir, es la propia estructura del campo en cuanto sistema de diferencias la que está en juego, se trata de la conservación o la subversión de la estructura de la distribución del capital específico.

Las formas laborales que se entablan en estas instituciones definen una relación de dominación en sí misma, aún en aquellos casos donde la organización aparece con formas democráticas o con apertura a cambios que beneficiarán, en principio a todos los agentes con reparto aparente de poder, instalación de líneas de autonomía e inauguración de formas de trabajo para la revalorización de sus agentes.

⁵ Esta hipótesis es la idea central que guía el análisis en el capítulo 2.

⁶ Ver capítulo 2

La forma en cómo el actual modelo de prestación es presentado y qué sentido adquiere en la subjetividad de los agentes que trabajan en estos modelos hospitalarios, puede modificar la cuota de capital social y simbólico que cada uno de ellos porta.⁷

La posibilidad de analizar el contexto institucional donde se desarrollan las prácticas efectivas de los trabajadores sociales resulta un condicionante objetivo, respecto de cómo se modifican o no las percepciones y representaciones de los agentes respecto de los elementos externos e internos de las instituciones, y el impacto que este proceso genera en la búsqueda de estrategias para elaborar sus líneas de acción.

b) Nivel anclaje: Trabajadores Sociales del campo de la salud

La sola descripción de las condiciones objetivas no logra explicar el condicionamiento social de las prácticas, por ello este nivel se convierte en la vía central de las unidades de análisis. Bajo esta perspectiva es central rescatar al agente social que produce dichas prácticas y a su proceso de producción.

El rescate del agente social no se realiza como individuo sino como agente socializado, como miembro de la clase trabajadores sociales que ejercen su práctica en salud, es decir, requiere la capacidad de aprehenderlo con exhaustividad a través de aquellos elementos objetivos que son producto de lo social.

Esta actitud metodológica lleva a sustituir la relación ingenua entre el individuo y la sociedad por la relación construida entre los dos modos de existencia de lo social: las estructuras sociales externas -lo social hecho cosas- plasmado en condiciones objetivas y las estructuras sociales internalizadas -lo social hecho cuerpo- incorporado al agente.

Los principios de Bourdieu sobre campo y habitus establecen las coordenadas para la estructuración de las prácticas de los trabajadores sociales, no sólo desde la posición que ocupan, para el caso de los jefes de servicios como informantes claves, sino también desde la trayectoria, explicitada a partir de las variables: año de egreso, institución que otorgó el

⁷ Dicha afirmación se instaló como pregunta en el capítulo 2 y se espera pueda deducirse de los análisis realizados a las encuestas

titulo, existencia de postgrado o no, tipo de organismo empleador, existencia de trabajo docente o no y antigüedad laboral.

La noción de habitus permite incorporar la dimensión subjetiva del agente en cuanto a esquemas de percepción, de evaluación y acción; las variables para dicha dimensión: tipo de tareas, objetivo de la intervención, cuestionamientos acerca de su práctica, obstáculos, nivel de coincidencia entre lo que la institución pide que haga y lo que hace, grado de satisfacción personal en sus intervenciones y grado de coincidencia con la contradicción, el sometimiento o la crítica a sus intervenciones, resultan eficaces para el armado del perfil de prácticas para este campo.

Siguiendo a Bourdieu (1999) es necesario considerar que la articulación entre campo y habitus implica considerar que la mayor parte de las acciones humanas tienen por principio algo distinto a la intención, es decir, se trata de disposiciones adquiridas que hacen que la acción pueda y deba ser interpretada como orientada a la búsqueda de un fin, sin que se pueda plantear que la búsqueda de dicho fin haya tenido consciencia de ello.

Es la noción de interés quien rompe con la visión mistificadora de la conducta humana, ya que visibiliza las diversas formas de beneficios no materiales que guían a los agentes hacia cierto campo y no hacia otros. Se trata de espacios sociales donde el desinterés económico es recompensado por la obtención de beneficios simbólicos que descansan sobre el rechazo o la aceptación colectiva.

Campo y habitus están relacionados a un círculo de relaciones estables, el capital social, que Bourdieu (2010) define como “un conjunto de recursos actuales o potenciales ligados a la posesión duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de inter conocimiento y de inter reconocimiento, o en otros términos, a la pertenencia a un grupo como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes (susceptibles de ser percibidas por el observador, por otros o por ellos mismos) sino que también están unidos por lazos permanentes y útiles”. (p.91)

En este sentido resulta lícito confeccionar tipologías de prácticas sociales en salud y derivar de allí relaciones teóricas posibles con el proceso de medicalización, en una línea de análisis de complejización ascendente.

c) Nivel componente: qué dicen los trabajadores sociales respecto de su práctica efectiva

“Los servicios deberían constituirse en espacios donde los agentes de salud se pudieran reproducir como sujetos de su propia existencia. Esto implica articular la práctica efectiva con la capacidad de mantenimiento de la misma en el escenario contradictorio de fuerzas que conviven en una institución”. (De Sousa Campos, 2001, p.105-106)

Aquí se considera central que los trabajadores sociales en salud son el producto del sistema de relaciones en que están sumergidos pero son, al mismo tiempo, productores de cada sistema. “Son sujeto y objeto en el mismo momento y durante todo el tiempo, por lo que el grado de autonomía que alcancen será fundamental”. (Bourdieu, 1999) Esto para el Trabajo Social se convierte en una pieza clave, cuando se trata de pensar cómo se incorporan en las instituciones de salud teniendo una controversia central profesional respecto a su especificidad disciplinar⁸.

En este sentido, Juan Samaja (2004) da algunas pistas para producir nuevas respuestas teóricas y metodológicas. Si bien su tesis de la pluralidad de la subjetividad fue pensada para todos los profesionales de la salud, puede particularizarse su uso para una disciplina como es el Trabajo Social. Sus desarrollos teóricos son “especialmente adecuados” para pensar el problema de la especificidad disciplinar en relación a un contexto institucional determinado.

Su tesis lleva a una comprensión nueva de la noción de estructura aplicada a los problemas del yo y la identidad; el problema no es definir estructuras sino avanzar sobre sus funciones para buscar más tarde sus relaciones. Desde la perspectiva dialéctica entiende la integración como totalidades complejas que denomina orgánicas, lo que requiere reconocer y estudiar las dialécticas particulares de las partes en sí y del todo como unidad compleja. (Samaja 2004)

⁸ Concepto trabajado en el capítulo 1 cuando se abordó la problemática de la génesis del Trabajo Social y se lo asoció al problema de la medicalización como un componente estructural de los hospitales públicos actuales.

“Al introducir categorías como totalidad relacional y jerarquización, lleva a otro nivel de comprensión -el de la reproducción social- desde el cual se pueden explicar los procesos de creación, de cambio, de innovación y de autonomía relativa propia de la vida humana y, aún, de aceptar la posibilidad del surgimiento de nuevas instancias subjetivas” (Samaja, 2004, p.21)

Dichas consideraciones resultan en una apertura conceptual importante si se acepta que es la controversia, y no la intervención, lo esencialmente constitutivo de la profesión.

d) Las Variables

Variable es todo aquello que de alguna forma se puede predicar de las unidades de análisis y que representa variaciones de calidad, de cantidad, de relación o de modalidad, en cada una de las distintas unidades de análisis, o en una misma en distintos momentos. La totalidad de las variables pueden caracterizar cualquier objeto complejo y se clasifican en tres tipos:

-Variables contextuales: las que describen las determinaciones del objeto en tanto es un subobjeto de un objeto de nivel superior. Corresponden a rasgos imputados, transobjetales o transsubjetivos.

-Variables relacionales: las que describen al objeto en relación con otros objetos de su mismo nivel de integración. Corresponden a rasgos relativos, interobjetables o intersubjetivos.

-Variables absolutas: describen la constitución del objeto según los elementos que las componen. Corresponden a rasgos inherentes, intraobjetales, o intrasubjetivos (el en-sí del objeto)

e) Diseño de la Muestra

Se entiende por Muestra a un subconjunto de un universo definido. Se define la relación entre muestra y universo a partir de éste último, determinando el conjunto máximo de

unidades de análisis al que se podrá generalizar legítimamente los resultados que se obtengan en este conjunto reducido de elementos⁹.

En su diseño se ha tenido en cuenta que la validez y la confiabilidad de la información producida no son directamente proporcionales a su tamaño, o sea a la cantidad de casos que la integran, sino al modo en que la muestra se integra. Es decir, ha resultado relevante la capacidad de la misma para representar la homogeneidad existente y la garantía de eliminación en su constitución, de sesgos apriorísticos arbitrarios, respetando asimismo su diversidad.

Por lo tanto, se espera que del procesamiento de los datos haya surgido una caracterización particular de la clase trabajadores sociales que ejercen su práctica en salud, y un análisis profundo de variables independientes como el tipo de tareas que realizan, los objetivos de su intervención profesional, el grado de coincidencia que existe entre lo que la institución le pide que haga y lo que hace, el grado de satisfacción en la tarea diaria, y su posicionamiento subjetivo respecto a si es acrítico, reflexivo o desafiante en su práctica, con el fin de captar la subjetividad de los agentes.

La muestra resultó adecuada para la aplicación de los criterios establecidos para su diseño. Esto se pudo constatar en la implementación de la encuesta donde fue posible confiar en que los datos obtenidos son representativos del universo estudiado. Esto significa la posibilidad de asimilar los hechos de la realidad al cuerpo de teoría¹⁰ por medio de las matrices de datos que se muestran en el Anexo.

Por último, con análisis de contenido se pudo develar si de la práctica misma de los trabajadores sociales surgen formas de intervención solidarias con los procesos de medicalización o, por el contrario, puede obtenerse de sus respuestas, alternativas de práctica profesional que, dejando de lado dicho síntoma en su ejercicio, hagan surgir elecciones ideológicas centradas en el derecho a la salud de sus usuarios-pacientes, por lo que el concepto reivindicación puede mostrarse como potencia para categorizar a esos nuevos procesos.

⁹ Aquí será necesario tener en cuenta que se trata de un estudio de casos, lo cual es definido en el capítulo 3.

¹⁰ Ya definido en capítulo 1 y 2

f) Construcción de la encuesta

La encuesta enfoca el ámbito profesional de los Trabajadores Sociales buscando describir su práctica efectiva, con el objetivo teórico de poner en relación sus dos dimensiones esenciales: la disciplina y la profesión; buscando relacionarla, además, en un juego tensional con el proceso de medicalización que se encuentra vigente en los hospitales públicos.

Se fundamentó como conjunto de métodos y algoritmos por medio de los cuales se pudo producir, organizar, resumir, elaborar y analizar información respecto al conjunto de sujetos, trabajadores sociales que ejercen su práctica en salud, con el fin de extraer conclusiones válidas en relación con sus desempeños laborales y sus percepciones o posicionamientos subjetivos.

Consistió en un sistema de preguntas y respuestas, abiertas y cerradas, respetando las propias palabras del encuestado cuando las respuestas fueron libres y se sujetó a alternativas de respuesta taxativa en aquellas preguntas que incluían varias posibilidades de respuesta entre las cuales debía elegir. Al respecto se ofreció una lista de opciones exhaustivas, con un reducido número de opciones y que en ciertas preguntas se excluían mutuamente.

g) Construcción de la entrevista

La necesidad de realizar entrevistas a informantes claves de la disciplina permite ahondar en el análisis de la práctica profesional en el campo de la salud, con referencia a agentes profesionales que se destacan en su tarea por el lugar que ocupan dentro de la institución en la que trabajan y por el grado de referencia que adquieren respecto de los otros profesionales que no cumplen una función jerárquica.

Se realizó en los siete hospitales públicos provinciales, interzonales, de agudos y de alta complejidad con asiento en la región de La Plata. Se constató la abstinencia de participación en un caso. Se probó el modelo de entrevista con dos profesionales elegidos al azar para verificar la eficacia del mismo.

Su implementación contempla dos instancias de encuentro del entrevistado con el instrumento de recolección de datos: una, vía web, con el cuestionario para la respuesta abierta. Y una segunda instancia de encuentro personal, donde se profundiza sobre algunos aspectos de los datos ya consignados. El instrumento se construyó a partir de preguntas abiertas en su totalidad, a fin de dar libertad a los entrevistados para explayarse en el nivel de profundidad de sus respuestas.

La guía de preguntas contiene el relevamiento de las variables “formación académica”- “tareas de la práctica profesional en salud”- “existencia de lenguaje específico del Trabajo Social en salud”- “relación entre la tarea hospitalaria y otras prácticas de Trabajo Social”- “adecuación entre objetivos de la práctica y logros/desafíos”- “orientación teórica de la intervención profesional”- “perspectiva en salud”- “incidencia de la medicalización en el desarrollo de la práctica”.

El análisis de contenido desarrolla una descripción exhaustiva de las categorías especificidad, medicalización y síntoma.

Nótese que las variables cualitativas descriptas guardan una correlación significativa conceptual con las variables seleccionadas en el apartado anterior, sobre la construcción de la encuesta. Este grupo de variables son las que, luego de un proceso de selección, quedaron saturadas entre todos los entrevistados, no encontrando novedad de peso consistente que permita abrir a otros análisis posibles.

Por último, la investigación desarrollada espera develar el decir acerca del contexto y de la práctica que desarrollan los Trabajadores Sociales en el campo de la salud, para desde allí proponer renovados argumentos conceptuales con el fin de analizar la problemática de la especificidad disciplinar desde la dimensión particular del ejercicio efectivo de la profesión.

CAPITULO 1

TRABAJO SOCIAL Y SALUD

La medicalización como síntoma de la especificidad disciplinar

1-1 El campo de la salud como escenario de prácticas profesionales diversas

Los modelos médicos vigentes en América Latina se sostienen sobre perspectivas teóricas diferenciadas. Cada uno de ellos comprende un determinado momento histórico de hegemonía, defiende un particular concepto de salud y se enfoca en un determinado aspecto particular del proceso de atención para conformar su modelo, los que van desde el individuo hasta la comunidad y desde lo clínico individual a lo colectivo social.

Estas concepciones se enmarcan en dos paradigmas que se encuentran enfrentados entre sí: el positivismo y el marxismo. Del primero se distingue la corriente funcionalista y una versión económico-estructuralista del segundo. A pesar de sus diferencias, ambos coinciden en el rechazo a las orientaciones interpretativas (interaccionismo simbólico, fenomenología y etnometodología, entre otras) como formas de acercamiento válidas para estudiar los fenómenos sociales y médico-sanitarios (García 1983).

Durante la década del 80 y en coincidencia con los movimientos surgidos en Europa, otros paradigmas y orientaciones críticas se impusieron a las concepciones hegemónicas.

Dada la heterogeneidad interna y la diversidad de autores que se identifican en ellas, se considera a la crítica como un concepto clave, ya que traspasa posturas influenciadas por el pensamiento marxista, neo-marxista, la teoría del conflicto, la teoría social crítica, el post-modernismo y el post-estructuralismo.

Se trata, en general, de orientaciones teórico-prácticas cuyo interés es el cuestionamiento del estatus quo y, como tales, están ligadas a intentos por enfrentar la injusticia en una sociedad determinada o por trabajar activamente en la esfera pública de la sociedad, participando en forma directa en la definición de políticas sociales de Estado.

Tres movimientos se identifican con esta orientación epistemológica. Ellos son la medicina social, los movimientos populares o de base y los estudios socio-culturales.

Algunos estudios y/o autores combinan elementos de dos o tres movimientos lo cual hace, con cierta frecuencia, que las fronteras entre ellos sean borrosas. Sin embargo, a pesar de que pueden coincidir en ciertos rasgos e incluso manifestar antecedentes comunes, cada uno ha surgido y evolucionado en forma independiente, tendencia que aún persiste.

Un breve recorrido por cada uno de ellos permitirá obtener el mapa contextual actual del campo sanitario.

1-1.1 La medicina social

Se ubica el origen de este movimiento en Europa central a mediados del siglo XIX, a partir de los trabajos de Rudolph Virchow en Alemania, quien sustentó sus propuestas de cambio en la política de salud del gobierno, a partir de estudios sobre el impacto de las condiciones sociales en la enfermedad de la población. También se reconocen los trabajos de Engels (2007) sobre las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra.

Múltiples factores permitieron la implantación y consolidación de la medicina social en América Latina a lo largo del siglo XX, sobre todo en la segunda mitad. Entre ellos se destacan las revoluciones cubana y nicaragüense, numerosos movimientos sociales y políticos regionales, tales como el gobierno de Allende o la Teología de la Liberación. Todos ellos basados en las condiciones de pobreza y desnutrición de la mayoría de la población.

Es un movimiento que ha hecho contribuciones importantes a la investigación, la enseñanza y la práctica médica en el primer nivel de atención, aunque sus producciones muestran variantes tanto en su forma como en su contenido. Tal situación se refleja en el empleo de categorías teóricas de distinta raíz epistemológica, pero que fueron utilizadas con una connotación semejante. Entre ellas se destacan la Salud Colectiva, la Epidemiología Crítica y la Epidemiología Social Comunitaria. A pesar de ello, hay una distinción radical entre sus propuestas y alcances, cuyo eje central es la primacía de lo social frente a otras tendencias

como la Salud Pública, la Medicina Comunitaria y la Epidemiología, que se centran en el individuo enfermo.

El objeto y la práctica de este movimiento se determina a partir de cuatro áreas: la producción social de la enfermedad, la organización social de los servicios de salud, el saber médico y la formación de recursos humanos para dicho campo.

Entre los temas más explorados se encuentran: el impacto de las políticas sociales estatales sobre la salud y la atención médica, los determinantes de la salud-enfermedad como proceso, el trabajo y sus efectos; y los perfiles epidemiológicos por clase, grupo social y tipo de sociedad. Las categorías más empleadas son: modos de producción, clase social, proceso productivo y reproductivo, y proceso de trabajo. Se trata de una perspectiva que se interesa por destacar los determinantes históricos y macro-sociales de la salud-enfermedad.

Quienes adhieren a este movimiento enfatizan el compromiso social, destacando la necesidad de combinar el trabajo médico clínico, el científico y el intelectual con la acción política. En la práctica cotidiana, ello se traduce en la colaboración de estos académicos con los sindicatos, las organizaciones comunitarias, los partidos y gobiernos de izquierda y, en algunos casos, con movimientos cercanos a la guerrilla.

Aunque sus espacios de inserción laboral suelen ser las universidades, con cierta frecuencia ocurren desplazamientos hacia organismos gubernamentales o internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud.

La investigación cualitativa no fue un tema de preocupación para la medicina social latinoamericana, no es hasta fechas recientes que se ha manifestado cierto interés por explorarla a partir de problemáticas específicas. La metodología interpretativa y la fenomenológica han sido fuertemente cuestionadas por los autores adscritos a este movimiento, como García (1983) o Breilh (1995), aunque algunos estudios empíricos han utilizado la metodología participante o variantes del análisis del discurso.

A partir de la década del 90, es posible identificar un número creciente de autores que han enfatizado la necesidad de re-evaluar los supuestos teóricos, las metodologías y las técnicas empleadas comúnmente por la medicina social. Consideran incluso que, este movimiento, debería estar más abierto a otras perspectivas teóricas, revisando la pertinencia de

incorporar otras estrategias de trabajo como la etnografía, los estudios de caso y la teoría fundamentada.

A nivel teórico, académicos como Breilh (1995) proponen analizar el debate cualitativo - cuantitativo como parte de un conflicto más amplio, esto es, a nivel ideológico. En este sentido, se trata de profundizar la discusión por profundizar las compatibilidades teóricas de posturas neomarxistas, postestructuralistas, crítico-interpretativas o feministas que reconocen la utilidad de la investigación cualitativa frente al pensamiento marxista ortodoxo, que se convirtió en la corriente hegemónica de la medicina social durante décadas y que aún persiste en algunos círculos. Uno de los grandes retos es cómo articular la dimensión subjetiva y los procesos de significación e interpretación ubicados en el nivel micro social, con un marco de preocupaciones tradicionales por lo macro social o estructural (Sousa Minayo 1997).

1-1.2 Los movimientos de base

Propuesta impulsada por diversas organizaciones entre las que se destacan los organismos no gubernamentales.

Múltiples fuentes de inspiración subyacen en su origen y difusión, en particular la investigación-acción participante. Al tratarse de un movimiento no todos sus miembros coinciden al hacer hincapié en el tema; sin embargo, se destacan las contribuciones de Paulo Freire (1975) con su propuesta de educación popular y concientizadora.

La investigación- acción participante no tiene como objeto prioritario de estudio y trabajo los asuntos sanitarios. Por lo general, se trata de proyectos con grupos, sectores y comunidades específicas, enmarcados en programas más amplios, relativos al campo productivo, al consumo o a la educación y cuyo interés suele ser el cambio social o la solución de necesidades específicas de tales conjuntos sociales.

Se opone tanto al modelo positivista como a los modelos interpretativos. Cuestiona y rechaza el papel dominante que suelen ejercer sus investigadores en la definición del problema a estudiar, en las relaciones desiguales que establecen con los participantes o informantes del estudio y con el destino de los resultados encontrados (J. Breilh 2003).

Su énfasis está en la recuperación de la perspectiva y acción de los sujetos involucrados en el estudio, tanto en cuanto a la generación del conocimiento como a la transformación de la realidad. Se considera a los participantes o informantes del estudio como actores sociales con capacidad de interpretar y transformar el mundo; por ello, la participación activa y efectiva de la población en el proceso de generación y aplicación del conocimiento reviste máxima prioridad.

Los resultados de sus estudios no tienen como fin un compromiso con la totalidad global de la población; los grupos de mayor interés y atención son "la mayoría", esto es, los desposeídos, los pobres o los excluidos social y económicamente. En cuanto a los problemas de salud y de sanidad, reconocen que los cambios a implementar no son un asunto de competencia individual. Tales problemas y cambios se entienden en el marco de las condiciones materiales y sociales en que se encuentran los individuos, los grupos y la misma comunidad.

Varias críticas se han formulado a quienes participan en este movimiento: escasa difusión escrita de los resultados encontrados, falta de información sobre el sustento, el tipo, las modalidades y las características de las estrategias empleadas por sus investigaciones, y a diferencia de la medicina social, su compromiso con la población y con la práctica suele acompañarse de cierta despreocupación u olvido por los asuntos teóricos. No sólo no se cuenta con datos suficientes sobre las ventajas y obstáculos de la participación comunitaria, ni sobre los cambios logrados empleando esta vía sino tampoco sobre sus fracasos (Mercado Martínez 2002).

1-1.3 Los estudios socio-culturales

Están en estrecha relación con el mundo académico y su origen tiene como trasfondo los procesos implementados en la región a partir de la década del 80 del siglo XX, en educación superior; los cuales tuvieron como eje central el manifestarse contra el positivismo, el estructuralismo marxista y su escepticismo respecto de los productos escritos por los movimientos de base, así como su crítica a las corrientes interpretativas.

Se destaca la recuperación de los aportes teóricos de los siguientes pensadores europeos: Foucault, Derridá, Vygotsky, Bathkin, Habermas, Merleau-Ponti, y Bourdieu. Entre las perspectivas teóricas más empleadas se encuentran el posmodernismo, el posestructuralismo, el feminismo, los estudios culturales, el modelo social cognitivo, el abordaje hermenéutico, el crítico interpretativo, la postura hermenéutico- dialéctica y el construccionismo social (Mercado Martínez 2002).

La preocupación central de los académicos adscriptos a este movimiento, con sus variantes y énfasis, es vincular diversas dimensiones de la realidad, como la micro-social y subjetiva con la dimensión macro-social, esto es, con las estructuras económicas y sociales. La investigación y los métodos cualitativos son una parte consustancial de sus supuestos epistemológicos, teóricos, metodológicos, éticos y políticos. Sea cual fuese la postura adoptada (post-estructuralismo, feminismo, construccionismo social, etc.) la coincidencia entre ellos radica en el reconocimiento de la obligatoria y necesaria incorporación de los datos cualitativos, o su combinatoria con los datos cuantitativos en el quehacer de la investigación.

Este movimiento también ha sido objeto de observaciones críticas. Se les ha reprochado su sobre-énfasis en las cuestiones académicas, su falta de compromiso con las necesidades sociales y económicas de los grupos mayoritarios de la población, y su poca vinculación con los partidos políticos y los movimientos laborales u obreros. Se reconoce su trayectoria académica pero se critica su falta de compromiso social; se valora su capacidad de explorar el mundo de las relaciones cotidianas y subjetivas pero se condena su desconocimiento, omisión o exclusión de los procesos sociales, económicos e históricos en que se enmarcan ellos mismos cuando establecen relaciones con los participantes de sus estudios o con otros actores sociales. Dicho con palabras de Mercado (2002), “de reproducir con cierta frecuencia las relaciones de desigualdad con los sujetos con quienes suelen estar en contacto” (pag.9).

1-1.4 Salud colectiva

Puede ser entendida como un campo científico y como un campo ideológico abierto. Sus autores más reconocidos son Almeida-Filho (2006), Menéndez (2004) y Samaja (2004). Se trata de un movimiento que en Brasil contribuyó de manera decisiva para construir el Sistema Único de Salud (SUS) y para enriquecer los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención.

Siguiendo a De Sousa Campos (2001) el modo en cómo se realizó su institucionalización contiene en sí mismo el bloqueo de su reconstrucción, ya que su crisis de identidad desvaneció las contribuciones de sus saberes y prácticas, y su crisis de identidad fragmentó y desdibujó a su campo científico.

Esta crisis “de origen”¹¹ conduce a una serie de dilemas, entre los cuales se destacan: ¿Creó un nuevo paradigma al negar y superar el de la medicina social y el de la antigua salud pública? ¿Corresponde a todo el campo de la salud o sólo a una parte? La expansión del sistema único de salud, ¿provocó un crecimiento automático de las prácticas de Salud Colectiva? La Salud Pública dentro de este modelo, ¿abarca a todo el sistema estatal de salud al mostrar lo contrario de las prácticas privadas? La noción de producción social de la salud (Samaja 2004), que es central en la Salud Colectiva, ¿es lo opuesto o complementa la historia natural del proceso salud-enfermedad, adoptada por la clínica tradicional como modelo explicativo?

Este movimiento reconoce la existencia de una indefinición en los límites entre las disciplinas, lo mismo ocurre con los campos de la práctica. En la misma dirección, defiende que todo el campo científico o de las prácticas debe ser interdisciplinario y multiprofesional. En este sentido, Guattari y Deleuze (1995) así como varios autores posmodernos han criticado el sentido absoluto con que se toman estas nociones y exigen mayor rigurosidad conceptual para tratar los binomios “adentro y afuera”, “identidad y

¹¹ Dado que el autor analiza la situación de la salud colectiva en el año 2001, al confeccionar esta Tesis se ha considerado su análisis como un síntoma de origen, ya que actualmente no se han hallado trabajos relevantes que produzcan una evaluación más actualizada del mismo tema y en la misma perspectiva de la que parte el autor, para poder realizar comparaciones.

diferencia”, “colectivo e individual”, “macro y micro”.¹² Al mismo tiempo, se critica que varios pensadores posmodernos recaen en la imposibilidad, encierro o extinción de todas las disciplinas, profesiones y especialidades, si sólo se trata de fusionarlas.

Para escapar a esta “paradoja – aislamiento- paranoia” De Sousa Campos (2001) sugiere algunas relaciones para potenciar los conceptos de núcleo y campo.

La institucionalización de los saberes y su organización en prácticas es considerada mediante la conformación de núcleos y campos. Núcleo como una aglutinación de conocimientos en un saber y como la conformación de un determinado patrón concreto de compromiso con la producción de valores de uso; demarca la identidad de un área de saber y de una práctica profesional. Campo como un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina o profesión buscará apoyo en las otras para cumplir sus tareas y prácticas.

Estos conceptos difieren de la elaboración de Bourdieu sobre “campo y cuerpo” (1994 - 1997), ya que modifican el sentido polar y antagónico atribuido a estos dos términos. Para Bourdieu, un campo intelectual se conforma como un espacio abierto, aun cuando esté sometido a conflictos de origen externo e interno. Con ello se verificaría el cierre subsiguiente en disciplinas, en los cuerpos donde ocurre la monopolización del saber y de la gestión de prácticas por el agrupamiento en especialidades. La formación de disciplinas (corpus) en el campo religioso, político o científico ocurre con el cierre o institucionalización de parte del campo y con la consiguiente creación de aparatos de control sobre las prácticas sociales.

En concordancia con la noción de corpus, la de núcleo reconoce la necesidad y, asimismo, la inevitabilidad de que se construyan identidades sociales para las profesiones y para los campos del saber, pero se sostiene la posibilidad de que esta institucionalización se dé en forma más flexible y abierta (Onocko Campos 1999).

En este sentido, no habría cómo escapar a la institucionalización del saber y a la administración organizada de las prácticas sociales, pero se las podrá organizar de forma democrática al estructurarlas para que permanezcan abiertas a distintos campos de

¹² Estos binomios teóricos serán retomados en el capítulo 2 de esta Tesis, cuando se aborden las ausencias de la interrelación sujeto-social en la problemática de la práctica profesional de los Trabajadores Sociales, en el campo de los hospitales públicos.

influencia. Mientras que el concepto de corpus (disciplina) enfatiza la concentración de poder y la tendencia al cierre de las instituciones, el de núcleo valoriza la democratización de las instituciones, otorgando una dimensión socialmente construida para la conformación de las disciplinas, eliminando la posibilidad de una alienación automática.

De otro modo, a los sujetos no les restará otra opción que la de permanecer en la desestructuración y la informalidad de los campos en fase instituyente, de lo contrario, quedarán capturados en las disciplinas cerradas (De Sousa Campos 2001).

A pesar de ser considerada una perspectiva crítica, se le atribuyen a la Salud Colectiva formas de intervención que durante los años 90 contribuyeron a un pensamiento sistemático, pragmático e instrumental, lejos de las propuestas teórico-políticas de sus precursores.

Para Antonio Ivo de Carvalho (1996), a pesar de que este movimiento nació de la crítica al positivismo y a la salud pública tradicional, se constituyó a imagen y semejanza del modelo biomédico. Por lo tanto, puede reconocerse en él un cierto neopositivismo al adoptar, como método de trabajo, versiones más o menos sofisticadas de la teoría de los sistemas.

Para este autor, continúa siendo una tarea crítica contemporánea el intentar impulsar prácticas y proyectos sanitarios concretos que lleven al plano sanitario un pensamiento social universal. Por otro lado, sostiene que sigue siendo necesario que este movimiento adopte normas y procedimientos comunes o bastante semejantes a la medicina, para lograr capturar los financiamientos internacionales con el objeto de solventar sus estudios. Lo mismo sucede con su producción científica, la que arroja renovadas relaciones entre sujeto y objeto, pero sin grandes publicaciones.

Everardo Nunes (1986) ya describe, en la década del 80, que el término “Salud Colectiva” fue utilizado en Brasil en el año 1979, cuando un grupo de profesionales de la salud pública, y la medicina preventiva y social intentaron fundar un campo científico con una orientación teórica, metodológica y política que privilegiara lo social como categoría analítica. Dicho origen histórico no ha podido resolver totalmente la insuficiencia de esta perspectiva, ya que la incorporación de lo social se hizo bajo los cánones de la escuela estructuralista y la tradición marxista, lo que a pesar de revalorizar el uso de conceptos

como subjetividad, Estado, organizaciones clasistas o comunidad, derivó en una visión de mundo fundada en categorías absolutas y trascendentales.

La crítica se torna más profunda cuando la Salud Colectiva tiende a instalar un metadiscurso capaz de construir saberes y procesos concretos de producción de salud para todas sus dimensiones en la tríada salud- enfermedad- atención. (De Sousa Campos 2001) En esta misma línea de análisis se critica la tendencia a hipervalorizar la determinación social de dicho proceso, descalificando los factores de orden subjetivo y biológico. En esta dimensión sobrevalora su modo de intervención en lo real, considerándose como un nuevo paradigma o un modelo alternativo excluyente de los demás.

Si el modelo biomédico dominante desautoriza todo saber y toda práctica sobre salud producidas fuera de su propia racionalidad, para asegurar su hegemonía, al criticarlo con relevancia la Salud Colectiva ha tendido a adoptar la misma postura totalitaria y disciplinante. Así entendida sería “el saber”, casi un nuevo paradigma de promoción de salud, que superaría incluso la influencia del modelo clínico en la organización de los servicios y las prácticas sanitarias.

Para salir de esta paradoja, Sousa Campos (2001) sugiere volver a la dialéctica, verificando en qué medida estas posiciones y sus polos operan en un régimen de contradicción o de complementariedad, debate que aborda Samaja en su tesis doctoral (1997).

Ambos autores coinciden en que, al peso de las estructuras, hay que contraponer el peso de la historia, es decir, la acción social concreta de los individuos, grupos y comunidades. Si bien reconocen en el movimiento de la Salud Colectiva un saber constitutivo para todas las prácticas de salud, resulta necesario admitir, al mismo tiempo, que pueden producirse conocimientos, políticas y valores relevantes a partir del campo de la clínica o de la rehabilitación. Para ellos, la Salud Colectiva resulta en una práctica específica, y no en un paradigma con un núcleo de saber y de tareas propio.

Aunque se reconoce la hegemonía del modelo biomédico sobre otros, en la vigencia o institucionalización de algunas propuestas alternativas puede observarse una coincidencia geográfica con algunos países de América Latina.

A pesar de ello, todos conviven en la actualidad con mayor o menor grado de legitimidad social y profesional (Cuadro 1).

<u>MODELO BIOMEDICO</u>	<u>MEDICINA SOCIAL</u>	<u>SALUD COLECTIVA</u>
<u>Origen:</u> Siglo XVIII y hasta la segunda mitad del siglo XX <u>Concepción de salud:</u> positivista, biologicista, unicausal, ahistórica, asocial, multidisciplinaria <u>Concepción del individuo:</u> medicina clásica, especialización, salud del Estado, salud pública	<u>Origen:</u> Segunda mitad del siglo XX (Laurell, Breilh, Menéndez) <u>Concepción de salud:</u> materialismo histórico, epidemiología crítica, interdisciplina <u>Concepción del individuo:</u> medicina social, epidemiología social, salud colectiva	<u>Origen:</u> Década del 90 hasta la actualidad (Samaja, de Sousa Campos, Almehida Filho) <u>Concepción de salud:</u> constructivismo, epidemiología crítica, relaciones sociales en salud, transdisciplina <u>Concepción del individuo:</u> salud colectiva, el individuo y la comunidad como un todo.

1-2 La práctica profesional del Trabajador Social en salud, perspectivas teóricas identificables

Para poder analizar cuáles son las perspectivas teóricas que subyacen en la acción asistencial del Trabajador Social en el ámbito de la salud, es necesario tomar en cuenta su doble condición: el lado universal de dicha acción, o sea, su condición de trabajador asalariado como determinante esencial de la profesión en este campo, y lo que significa dicha característica como elemento profesionalizante en la sociedad contemporánea.

Como segunda condición es necesario tener en cuenta a las categorías teóricas particulares que guían la acción profesional, como “expresiones en la esfera de la razón, de modos de ser, de determinaciones de existencia, dadas en una realidad efectiva” (Marx 2006, 32).

Siguiendo a la Dra. María Lorena Molina Molina (2004) y en una primera aproximación epistemológica, se postulará que la práctica asistencial de los trabajadores sociales se caracteriza por tres modelos de intervención profesional que condensan ambas dimensiones.

Se entiende por Modelo la integración en una unidad de los aspectos teóricos, filosóficos y metodológicos de una forma determinada de práctica. Ella es entendida por la autora como “una expresión especializada de la práctica social y que se inserta en la dinámica de las relaciones sociales, reproduciéndolas en su carácter contradictorio; por lo tanto, sus determinaciones son el grado de desarrollo de la profesión, las características de los agentes profesionales, las redefiniciones que exigen los cambios de la cuestión social y las oportunidades o limitaciones en el contexto institucional” (2004, p.1).

-Modelos asistenciales: consisten en proveer un subsidio financiero y/o material, u ofrecer información a un sujeto individual o colectivo que plantea carencia en la satisfacción de sus necesidades vitales y contingentes, para cuya satisfacción se demanda una acción institucional inmediata.

El proceso de trabajo está conformado por una cadena de producción que genera subproductos tales como: información, bienes o servicios, y que requieren, según sea la naturaleza de lo que se demanda, de relaciones de cooperación y de coordinación interorganizacional.

-Modelos socioeducativos- promocionales- comunitarios: consisten en una acción educativa de información y formación, a partir de problemas significativos para los actores involucrados.

Mediante procesos de concientización, de capacitación, de movilización de recursos personales, grupales, comunales e institucionales y construcción de redes y alianzas de solidaridad, los actores reconstruyen su realidad y configuran estrategias de acción orientadas a participar en la toma de decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello acceder a una mejor calidad de vida.

-Modelos terapéuticos: se caracterizan por el manejo de las relaciones y de los procesos comunicativos, que generan tensiones entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. La finalidad es promover los cambios que el sistema requiere para recobrar el relativo

equilibrio propicio para el desarrollo individual y familiar al que se aspira y que es posible. La intervención en crisis, el manejo del estrés, la interpretación de los componentes y las interacciones de la situación problemática, la orientación para descubrir los puntos que originan la situación objeto de intervención, son algunas de las situaciones que configuran la intervención terapéutica.

En Trabajo Social esta tendencia ha llevado a sacralizar las distintas perspectivas teóricas que fundamentan sus prácticas, saturando las producciones teóricas con un sesgo endogenista o evolucionista; sin embargo, al analizar los elementos que intervienen en la acción profesional, se encuentran vestigios de una profesionalidad particularizada por una historia, por un campo y distintos elementos que componen la identidad profesional, lo que preserva ese aspecto universal pero, al mismo tiempo, devela un aspecto particular sobre una misma práctica.

Siguiendo los desarrollos de Marilda Iamamoto (2008) se han seleccionado las siguientes tesis sobre la práctica profesional del Trabajo Social, las que colaborarán en la comprensión de esta tensión. Todas ellas muestran, para la autora, un entrecruzamiento entre aspectos universales (estructura) y aspectos particulares del ejercicio profesional (lo singular) al tiempo que los inserta en un determinado interés de clase.

1-2.1 La tesis del sincretismo y de la práctica indiferenciada

Paulo Netto (1997) hace su aporte al debate sobre la práctica profesional proponiéndose elucidar el estatuto teórico de la profesión hasta los años 60 del siglo XX, considerando una doble determinación: las demandas sociales y la reserva de fuerzas teóricas y práctico-sociales acumuladas por los asistentes sociales, capaces o no de responder a los requerimientos externos. Ese recorrido tiene como centro al sincretismo, aspecto transversal a la naturaleza del Servicio Social, desbordándose hacia la caracterización de la práctica profesional y de sus parámetros científicos e ideológicos.

La naturaleza socio-profesional es considerada “medularmente sincrética” (Netto 1997) dada la carencia del referencial crítico-dialéctico. Este supuesto merece atención en la presentación del problema expuesto, porque resulta un condicionante central cuando se

relaciona práctica profesional y medicalización, Un análisis de la profesión desde la problemática filosófica de la alienación, terreno en el que los procesos sociales se muestran en su fenomenalidad, encuentra una relación directa con el sincretismo en cuanto principio constitutivo de la naturaleza de la profesión, lo que podría reproducir el proceso de medicalización en las prácticas profesionales de los trabajadores sociales dentro del campo de la salud.

Es en la cuestión social donde se traduce la estructura sincrética del Servicio Social, lo cual al ser el núcleo de las demandas sociales que se presentan a la profesión, favorece la manipulación de variables empíricas como única modalidad específica para la intervención y así lo cotidiano resulta el único horizonte posible para el ejercicio profesional.

En referencia a que el sincretismo recae en una práctica indiferenciada, para todos los trabajadores sociales, requiere de observaciones más cuidadosas, ya que incluye la particularidad operacional de cada Trabajador Social aunque, según Netto, los cambios universales hacia la profesionalización no lograron trascender la práctica filantrópica particular.

1-2.2 La tesis de la identidad alienada

Maria Lucia Martinelli (1992) trabaja la categoría práctica profesional a partir de los conceptos de identidad y alienación, con el fin de comprender “el real significado de la profesión en la sociedad del capital y su participación en el proceso de reproducción de las relaciones sociales” (p.5).

Su propósito es que exista una identidad de la profesión en sí misma, considerada como un elemento definidor de su participación en la división social del trabajo y en la totalidad del proceso social. Su tesis supone “una identidad en sí”, establecida idealmente como identidad verdadera, que se perdió en los orígenes y desarrollos del Servicio Social, habiendo sido manchada por la historia, puesto que la burguesía asumió progresivamente el control de la práctica profesional, transformándola en una estrategia de dominio para las clases. Plasmada artificialmente en la profesión como una “identidad atribuida” como un

“fetiche”, es fijada como identidad real de la profesión e incorporada por sus agentes, sin autocrítica.

Su hipótesis es que “la ausencia de identidad profesional fragiliza la conciencia social de la categoría profesional, determinando un recorrido alienado, alienante y alienador de la práctica profesional, impidiendo a la categoría ingresar al universo de la conciencia en sí y para sí del movimiento obrero, es decir, asumir colectivamente el sentido histórico de la profesión” (p. 7).

1-2.3 La tesis de la correlación de fuerzas

Con Vicente de Paula Faleiros (1972), la preocupación por la profesión se centra en las relaciones de poder que desbordan el campo de actuación. El eje central de su abordaje es la relación del Servicio Social con la política, introduciendo nociones gramscianas como “hegemonía” e “intelectual”.

Su concepción de la profesión se encuentra sistematizada dentro del paradigma de las relaciones de fuerza, poder y explotación, estableciendo una división sustancial con el paradigma de las relaciones interpersonales, que prevaleció –según este autor- en los orígenes de la profesión antes de la reconceptualización. En el paradigma interpersonal, el ejercicio profesional consiste en una interferencia para la modificación de los comportamientos sociales según los valores sociales dominantes en la relación profesional - una relación de dos “egos”- cuyo punto de partida es la situación-problema tal como fuera identificada por el profesional.

Esta tradición teórica tampoco abandona la tensión, ya demarcada por Netto o Iamamoto, entre los intereses de la población usuaria de los servicios y la esencia profesional del Trabajador Social asalariado, institucionalizado, alienado.

En contrapartida, Faleiros defiende una “visión política de la intervención” que articule lo general y lo particular, como parte de la lucha por nuevas relaciones sociales en todas las dimensiones de la vida en sociedad. Las relaciones entre los usuarios de los servicios sociales, la institución y el profesional son abordadas como parte de las relaciones de clase.

El usuario es el proletario, cuyas carencias son parte de una relación social del capital con el trabajo, la plusvalía, donde se combinan también relaciones de explotación y de poder.

La noción de poder es tratada a partir de los aportes de Gramsci recusando la concepción leninista de Estado. La concepción de hegemonía está separada de la de dominación, tal como lo sugiere Poulantzas.¹³ El asistente social es concebido como un intelectual orgánico, que puede contribuir a una nueva correlación de fuerzas, una nueva hegemonía como conquista de las clases dominadas.

El objeto de trabajo del asistente social es una cuestión disputada, un objeto de lucha formado por relaciones de fuerza, de poder y de saber para la conquista, por parte de las clases subalternas, de lugares, recursos, normas y espacios ocupados por las clases dominantes.

1-2.4 La tesis de la asistencia social

Con Leila Lima Santos (1980) se instala la discusión acerca de la asistencia como proyecto de desarrollo y no como mero asistencialismo. Se define a partir de la priorización de formas de atención en desmedro de otras, por la urgencia en la acción profesional toda vez que su objetivo sean los diversos modelos de desarrollo que se implementan en cada país.

La autora llama la atención sobre el potencial de que disponen las tareas asistenciales para acumular aquellas condiciones necesarias para la construcción de alternativas más concretas para la sociedad. Las coloca como un elemento catalizador para una conciencia popular más real, bajo los términos de su propia situación y de su posición en la sociedad.

La atención a los problemas concretos posee un potencial educativo, que muestra una indisociabilidad entre las prestaciones de servicios y la dimensión educativa que preside la acción profesional, lo que supone tener claridad en cuanto a los límites de ambos abordajes.

La autora no busca ofrecer una respuesta global al problema de la asistencia, por lo que no

¹³ Sin embargo ambos conceptos son retomados por Foucault cuando describe los micro-poderes de los aparatos institucionales. Foucault, M (2008) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* Buenos Aires. Siglo XXI.

bucea en el análisis sobre las consecuencias de su implementación para la defensa de intereses monopólicos.

Si esta perspectiva prevalece en los servicios sociales hospitalarios, será una fuente inacabada de materia prima para encontrar las bases de sustentación de la medicalización, dado que ya se ha explicitado su perpetuación a partir del mecanismo incesante de la asistencia.

Más tarde es Carmelita Yazbek (1993) quien, desde una óptica marxista, completa este análisis. La autora hace una contribución original, al pensar la particularidad del Servicio Social como foco de la asistencia social en la conformación de la identidad de las clases subalternas. “La profesión es vista como una intervención mediadora en la relación del Estado con los sectores excluidos de la sociedad” (p.17). Situada en el campo de las políticas sociales y asistenciales, concreta la función reguladora del Estado en la vida social. Completa su análisis la consideración del carácter contradictorio de las políticas sociales y el tipo de relación contractual de los profesionales con el Estado, lo que la lleva a analizar la disposición de relativa autonomía en su ejercicio.

1-2.5 La tesis de la protección social

Es presentada por Susana Costa (1995) como eje analítico de las transformaciones operadas en la cultura profesional, a partir de las directrices curriculares del área de pos graduación a mediados de los años 90.

Para la autora, el Servicio Social desde sus principios es parte de procesos civilizatorios que incluyen experiencias y estados de conciencia dirigidos hacia la protección social. Siendo ésta una regularidad histórica de larga duración, con sus procesos de continuidad y ruptura, revela que el asistente social siempre se ocupó de la protección social, lo que demarca su campo profesional. Según Costa, la protección social comprende múltiples dimensiones de los procesos históricos, pues la vida humana no se mueve apenas por tensiones interclasistas, siendo la lucha de clases uno dentro de muchos procesos que la impulsan.

Esta concepción exige cambios en los paradigmas disciplinares universales ejercidos como, por ejemplo, el de la polarización entre clases sociales. Para la autora, el re-encuentro del

Servicio Social con sus tradiciones debe re-actualizarse y reinventarse, apoyado por las sugerencias teóricas de Hobsbawn acerca de la “invención de las tradiciones” y las de Thompson, relativas a la dialéctica entre “experiencia y conciencia social”.

Dentro de su análisis considera válido el abordaje marxista, que incluye la protección social como modo de organización social y colectiva, rescatando al conjunto teórico denominado “reproducción social”. Sin embargo, remarca algunas cautelas teóricas al señalar la vinculación de la teoría de la producción en Marx con el pesado legado economicista que, desde los años 60, ha entrado en crítica dentro de la profesión.

Costa afirma la necesidad de ocuparse de la sociabilidad cotidiana de las clases subalternas y las iniciativas solidarias vigentes en el interior de las clases trabajadoras, como estrategias culturales y políticas para la garantía de la supervivencia en una sociedad profundamente desigual. Ese es considerado un terreno de investigación fértil y necesario para la creación de bases sólidas destinadas al fortalecimiento de un proyecto profesional con vocación ciudadana y emancipatoria.

1-2.6 La tesis de la función pedagógica del asistente social

La tesis de Marina Abreu (2002) tiene por objeto discutir la función pedagógica del asistente social, mediada por las políticas sociales -en especial la asistencia social- y por los procesos organizativos y luchas de las clases subalternas, inscripta en los procesos de organización de la cultura.

“El Servicio Social, al inscribirse entre las necesidades sociales y los sistemas de control social, se construye integrado a la afirmación de la cultura dominante en el campo de las estrategias político-culturales de subalternización de las clases que detentan la fuerza de trabajo” (p.34). Por lo tanto ha presentado perfiles pedagógicos diferenciados a lo largo de su trayectoria histórica: la pedagogía de la ayuda, la pedagogía de la participación, y la pedagogía emancipatoria de las clases subalternas. Todas coexisten refuncionalizadas y en disputa en el escenario actual.

Su presupuesto es que:

“la función pedagógica del asistente social está determinada por el vínculo que la profesión establece con las clases sociales y se materializa fundamentalmente por medio de los efectos de la acción profesional. O sea, por la manera de pensar y de hacer de los sujetos envueltos en el proceso de la práctica. Tal función es mediatizada por las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en el enfrentamiento de la cuestión social, integrada a las estrategias de racionalización de la producción y reproducción de las relaciones sociales y en el control social” (Abreu 2002, p.17).

Para la autora, la asistencia es un campo contradictorio de afirmación y negación de derechos indisociable del trabajo: “es el anverso de la negación del derecho al trabajo que se transforma en derecho a la asistencia pública incorporada a la lucha por los derechos de las clases subalternas en la sociedad capitalista” (p. 77).

En el campo de la salud y como consecuencia de las prácticas ejercidas de manera cotidiana, suele presentarse la convivencia de modelos y perspectivas teóricas. Sin embargo, una discusión a fondo respecto del origen de la intervención social en dicho campo debe contemplar otros actores y dimensiones.

La intervención profesional es más que la mirada y la reflexión sobre la práctica profesional; en consecuencia, es necesario otorgarle sentido de proceso y no de cartografía de la acción profesional.

La Dra. Andrea Oliva (2011) identificó las mediaciones que hacen particular el trabajo desempeñado por el profesional de Trabajo Social en la división social del trabajo. En este sentido, enmarca los elementos tácticos-operativos dentro de los procesos de intervención, planteando la necesidad de reflexionar acerca de las condiciones y relaciones sociales que le atribuyen un significado y en las cuales se torna posible y necesaria. Un aporte fundamental será la comprensión de los intereses contrapuestos que se presentan en la misma actividad, respondiendo tanto a demandas del capital como del trabajo.

Siguiendo a Iamamoto (1997) comparte la posición de que el profesional de Trabajo Social “participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y por la misma actividad, da respuesta a las necesidades de supervivencia de las clases trabajadoras y de la reproducción del antagonismo en esos intereses sociales, reforzando las contradicciones que constituyen el móvil básico de la historia. Es a partir de

esa comprensión que se puede establecer una estrategia profesional y política para fortalecer las metas del capital o del trabajo, pero no se las puede excluir del contexto de la práctica profesional, ya que las clases sólo existen interrelacionadas. Es esto, inclusive, lo que viabiliza la posibilidad de que el profesional se sitúe en el horizonte de los intereses de las clases trabajadoras” (p.12).

En este marco, la autora considera que las alternativas de intervención se evalúan en función de la determinación de las necesidades, que tienen las concepciones práctico-políticas de los profesionales. Todo ello determinado por el grado de autonomía que tiene un profesional particular en un espacio ocupacional concreto, lo que implica advertir en toda intervención la participación del análisis implícito de la correlación de fuerzas existentes.

En consecuencia, la situación problema particular en la que actúa el profesional está referida a la naturaleza de la acción ejercida sobre ella, está definida y explicada por la o las fuerzas sociales que interactúan con ella, está especificada en un rango de tiempo y espacio histórico concreto y está situada, finalmente, en un sistema más amplio que la comprende y con el cual interactúa, el escenario universal de la intervención profesional.

En salud, al igual que en otros espacios laborales, las demandas sociales son dinámicas, conflictivas, y las respuestas suelen ser encorsetadas a una oferta definida con anterioridad. La racionalidad del proceso de intervención profesional debería estar dada por la lógica del mismo proceso y no por la sucesión de etapas rígidas de intervención descontextualizadas de la demanda particular, pero alineadas institucionalmente.

El rescate de la dimensión particular de la intervención profesional pone en resguardo al profesional de respuestas homogeneizantes de todas las demandas que escucha y permite sortear los embates constantes de la medicalización. Siguiendo a Matus (1992) podrían homologarse sus momentos sobre la planificación situacional, con la intervención vista como proceso particular. Para este autor, cuatro pasos son necesarios antes de ejecutar acciones y evaluar la pertinencia de las mismas: 1-Momento explicativo, equivalente al diagnóstico en la planificación normativa, aunque superando el mero listado descriptivo de aquello que se considera problema. Implica seleccionar qué problemas se trabajarán, explicar las causas de cada uno y del conjunto de los mismos que caracterizan la situación

inicial. 2-Momento normativo, que apunta a lo central de la planificación, el diseño del deber ser. 3-Momento estratégico, que implica producir un proceso interactivo entre la viabilidad política, económica y organizacional, y el resultado viable, 4-Momento Táctico-operacional, toma de decisiones y acciones concretas.

A partir de haber razonado, pensado y reflexionado sobre la realidad institucional y las estrategias adecuadas para garantizar la viabilidad de las intervenciones, surge la necesidad de tomar decisiones, ejecutar y evaluar la continuidad de un proceso de acción.

Pero, ¿qué acción y para qué? Parece ser que en Trabajo Social no es posible responder a esta pregunta sin caer en funciones o actividades profesionales que detentan un sustrato instrumentalista.

Oliva acerca un argumento al respecto, de la mano de las producciones de Pontes y Lukács: “Cualquier reflexión que procure recuperar las particularidades de situaciones concretas haciendo referencia a los grupos específicos que son atravesados por problemas sociales, debe incluir las mediaciones de las tendencias generales o universalidad/generalidad que le otorgan significado. No sólo conlleva a recuperar las dimensiones objetivas que caracterizan a un grupo social como parte de la clase que vive del trabajo, sino también el impacto que tal ubicación tiene en la subjetividad, representaciones de los sujetos, pues en términos de abordaje de totalidad, sólo es posible reconstruir la singularidad del/los individuo/s dentro de las determinaciones particulares de su época” (p.32).

Un salto hacia la particularización del análisis implicaría considerar que, en el campo de la salud como escenario de las prácticas del Trabajo Social, las mediaciones no son sólo en el contexto histórico, sino también en la interrelación entre teoría, metodología y técnica, lo que superaría los abordajes empiristas.

Si bien en los desarrollos de la Dra. Oliva se encuentra claramente la inclusión de los aspectos subjetivos de la realidad al momento de explicar los fenómenos sociales, en principio se muestran al menos insuficientes si esto implica sólo tener en cuenta, en la reflexión, a los distintos actores que coexisten con visiones e intereses diferentes y hasta antagónicos, en todas las situaciones en las que actúa el Trabajador Social, el cual sería incluido como actor a tales situaciones con sus propios recursos.

Hallar intereses, visiones y marcos teóricos metodológicos específicos no se relaciona sólo con el tipo de inserción que el profesional tenga, a partir de la división socio técnica del trabajo y la adscripción a un proyecto profesional particular. Para ensayar una respuesta relacionada con la posibilidad de encontrar una especificidad disciplinar, será necesario pensar en nuevas categorías teóricas que abran nuevos recorridos epistemológicos superadores de la antinomia universal-particular, inmediatez-reflexión, cuestión social-problema social individual.

En tal sentido, demanda adherir a una perspectiva ontológica donde las preocupaciones metodológicas son determinadas junto con el objeto concreto. Hasta hoy, el debate profesional no ha conseguido despejar el carácter mistificador de la asistencia, expresado tanto en la esfera legal-institucional como en las experiencias de ellas derivadas, cuyos resultados reiteran el asistencialismo y la filantropía, con efectos perversos en las clases subalternas.

El acervo analítico sobre la profesión se ha acumulado a partir de propuestas que, a manera de péndulo, van desde funciones asistenciales-pedagógicas a aquellas ligadas a acciones emancipatorias con un interés de clase determinado. Si bien en este tipo de análisis se tienen en cuenta las injerencias de ser trabajador asalariado con una relativa autonomía profesional y el alcance efectivo de los proyectos ético-políticos a partir de las condiciones de la práctica; carecen de preguntas epistemológicas acerca del sentido de dichas prácticas.

Un análisis epistemológico que propicie mirar las coordenadas teóricas que se cruzan singularmente en la profesión, a fin de producir los entrecruces necesarios para definir qué hace y por qué hace en su práctica, para quién hace y con quiénes hace, y cuáles son los efectos universales y singulares de la práctica del Trabajador Social, requiere al menos lidiar con los dilemas de la producción y distribución del saber, con las luchas político-ideológicas intersubjetivas de cada profesional, mediando dichas relaciones con los requerimientos científicos actuales.

1-3 La medicalización como origen y síntoma de las prácticas profesionales del Trabajador Social en salud.

A partir del Siglo XVIII en Europa, la medicina avanza científicamente y se expande hacia otros campos que van más allá de las enfermedades. Se hegemoniza la autoridad médica como autoridad social y el hospital como aparato de medicalización colectiva. Este modelo de desarrollo médico y sanitario desemboca en la medicina del siglo XX, rebasando los límites de su campo tradicional, reforzando su dominio propio y produciendo un fenómeno de medicalización indefinida.

“Es así que la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo, se incorporan en una red de medicalización cada vez más densa y amplia que, cuanto más funciona, menos se escapa a la medicina” (Foucault 1974, p.4).

Pensadores latinoamericanos han denunciado la vinculación del proceso de medicalización en la región con intereses de determinados sistemas político-económicos, debido a sus funciones de control y normatización. Estas funciones operarían construyendo un sujeto pasivo, burocratizado, “paciente”, que reproduce criterios médicos más allá de su eficacia terapéutica, a partir de una relación de subordinación con la autoridad médica (Menéndez 2004). Más aún, Menéndez insiste en la colaboración de otras profesiones no médicas con la medicalización, a partir de la modalidad que desarrollan sus prácticas en salud.

Márquez y Meneu (2003) proponen tres modos de adopción de la medicalización:

- Redefiniendo la percepción de profesionales y legos sobre algunos procesos no médicos que, caracterizados como enfermedades, se incorporan a la mirada médica como entidades patológicas, justificando la intervención médica.
- Marginando cualquier modo alternativo de resolver dolencias, tanto sobre las terapias de eficacia probadas empíricamente como con las formas des- profesionalizadas de manejo de procesos tales como el parto o la muerte.
- Sobrevalorizando la eficacia médica científica y la calidad de sus aportes, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implica.

La medicalización de la vida ha consolidado al modelo clínico asistencial como el modelo autorizado para curar. Es un modelo profesionalizado que centraliza sus prácticas en el paciente, en la enfermedad y en la resolución de síntomas, signos y discapacidades, en general atendidas directamente por especialistas a partir de la demanda espontánea.

Trabaja en el nivel de la prevención, tratamiento y rehabilitación, dejando fuera de su ámbito la “promoción de la salud, puente fundamental entre los procesos de salud-enfermedad y las condiciones de vida de las personas” (Alma-Ata 1978, p.1).

Son prácticas que no priorizan ni instituyen el acompañamiento concreto en la vida cotidiana del usuario-paciente y su familia, como tampoco el trabajo con el entorno, por lo que los abordajes individuales suelen estigmatizarlos y expulsarlos. Se desconoce el derecho a la salud como un principio esencial para garantizar la inclusión social y la autodeterminación, elementos ambos que se construyen desde el vínculo de sostén, respeto y confianza que la comunidad y los técnicos alcancen a producir.

Ajeno a la estructura social y su historicidad, el biologicismo, el psicologismo y el sociologismo se mantienen a costa de un análisis a-histórico de las relaciones sociales antagónicas dentro de las sociedades industriales capitalistas, donde no se enfatizan los elementos adaptativos e integrativos a la vida social, marcando aún más la desigualdad.

En consecuencia, esta lejanía de la dimensión política de derechos en la intervención social hace del modelo clínico una garantía para la medicalización. “Las prácticas profesionales emergentes del mandato social actual han ido utilizando la intolerancia de estas diferencias e implementando formas más sofisticadas de control, pero que también *silencian* el malestar social” (Guarido 2007, p. 154).

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que reeditan impensados beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que, consolidados como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias, incluyendo en su lógica a distintas disciplinas que, venidas de otras tradiciones epistemológicas, adoptan sus formatos de respuesta frente a la demanda. (Cannellotto 2010) Cuando el Trabajo Social reproduce estas prácticas institucionales se suma a silenciar. La realización de su actividad sin fundamento, sin método, lo lleva al estadio primario de su

constitución disciplinar, cuando se profesionaliza la acción social para apaciguar las consecuencias del capitalismo industrial. (Netto 1997)

La forma de producir salud pública en la actualidad se encuentra determinada por el Modelo Médico Hegemónico (MMH), perspectiva teórica para delimitar una forma de pensar y organizar las condiciones de la atención dentro de dicho campo y señalar las reglas vigentes para el ejercicio profesional de médicos y otros profesionales.(Menéndez 2004). La medicalización es funcional al MMH y a la vez, lo recrea, generando discursos o “recetas” médicas que sostienen ideales de identidad en salud, transformándose en rectores de la vida de las personas, condicionando su existencia y construyendo consumidores de la “buena salud”.

La medicalización es un fenómeno de desactivación de las potencialidades individuales y colectivas, ya que estandariza perfiles y neutraliza las diferencias y particularidades del sujeto. Invalida sus capacidades y recursos, su potencialidad creadora con base en el conflicto y sufrimiento existencial¹⁴. Dicho proceso reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico individual, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando las determinaciones sociales de la salud y la intervención política y comunitaria sobre los mismos.

Este mecanismo desarticula la práctica del Trabajador Social, tornándola finalista o, como plantea Netto (1997) atacando a la cuestión social sólo en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas, donde su naturaleza se torna totalizante.

En este sentido, la medicalización es origen y síntoma a la vez para la práctica de la profesión en salud. En su génesis, la disciplina posee rasgos de homogeneización asociados a su rol de actor terminal de las políticas sociales estatales. En su estructura, si desarrolla un rol burocrático, reproduce prácticas que someten a la población a respuestas estandarizadas originadas en el saber médico y no en su propio acervo profesional. De dicha posición surgirá una categorización de problemas sociales focalizados, con atomización de la demanda y priorización de la acción sobre la reflexión.

¹⁴ Al respecto, Hobbes desarrolla el concepto de naturaleza humana con base en el concepto de conflicto y violencia permanente en el ser humano, lo cual es inherente a su constitución. Hobbes, T (2006) *Discursos histórico políticos*. Buenos Aires. Gorla

En anteriores investigaciones¹⁵ se corroboró que, cuando se consulta a los trabajadores sociales acerca de su actividad, se pueden identificar al menos dos grupos de respuesta: a) respuestas que indican intervenciones en el ámbito social y que sitúan a la profesión en relación a problemas de definida necesidad económica, a nivel comunitario. El denominador común en cuanto al ejercicio de su rol es la imposibilidad de ejercer soluciones más amplias, dado que ello depende de otros ámbitos de decisión. b) respuestas dirigidas al sostenimiento de un abordaje individual. En este tipo de abordaje se ubican en un lugar de interrogación y escucha de relatos asumidos como conflictos personales y, desde allí, establecen su intervención en relación directa con su resolución. Esto implicaba mediar con la respuesta institucional sólo en lo posible o realizar la derivación a otro profesional, negando una respuesta a la demanda.

Lo primero, campo de los problemas sociales, deriva en formas de intervención que exceden todo recorte posible e implica compromisos personales que se proyectan en problemáticas macro de las políticas sociales.

En relación a lo segundo, preocupación por la persona, por lo individual, el profesional se ubica en relación al médico como auxiliar, en una actitud de escucha de las preocupaciones y angustias, consecuencias de la patología que porta el sujeto, confundiendo su práctica con la de otras profesiones como la psicología.

En ambas perspectivas se muestra, en la profesión, una ausencia de reconocimiento de la especificidad ligada al campo, la cual resulta más evidente cuando la práctica de cualquiera de las dos formas de abordaje es acompañada por procesos de medicalización presentes como única dimensión de la tarea efectiva del Trabajador Social. Allí, el tipo de tarea que se ejerce muestra el síntoma en la pérdida de la identidad disciplinar.

El síntoma está asociado a la enfermedad, al signo, al diagnóstico, constituyendo la puerta de entrada a lo patológico. Desde una dimensión compleja universal, puede asociarse con aquello que no guarda conformidad con la norma, un proceso que pone en tela de juicio la armonía, la ecuación y a veces el orden del mundo.

¹⁵ López, A. (2012-2013) Informe final de investigación. *La especificidad del Trabajo Social*. Programa de incentivos a la docencia. Facultad de Trabajo Social. UNLP

Desde la dimensión individual, el síntoma fue ubicado por Freud dentro de las formaciones del inconsciente, a él lo expresa. Al estar comprometido en esa instancia operará el mecanismo de la represión, con lo cual se comprometerá la defensa pero, al mismo tiempo, muestra la eficacia de los procesos psíquicos inconscientes.

La especificidad se construye y se objetiva con la praxis, por la mediación de las formas sociales de surgimiento de las profesiones. Tales formas sociales expresan las respuestas construidas profesionalmente para atender las demandas que inciden en su campo de acción. (Martinelli 2009)

En este sentido, la categoría especificidad profesional encuentra un punto de contacto con la categoría de la acción social de M. Weber (1994) para quien la acción no puede ser comprendida sin las motivaciones, intersubjetividades, significaciones y singularidades en que esta misma se da. La acción profesional es caracterizada por su pertenencia a grupos o clases que poseen cierto status en la sociedad. La profesión de Trabajo Social nació dentro del sistema capitalista y de la ciencia, como modo de conocer dominante, y es representante de ese conocimiento y del poder que le otorga para la regulación del comportamiento humano. Sus funciones refieren a la capacidad que el Trabajo Social desempeña en los procesos de institucionalización y normalización de las relaciones sociales.

Desde Schutz (1993) el concepto de acción social logra un punto de contacto más pertinente con el sentido en el que es utilizado el concepto de especificidad profesional en este trabajo. Sus avances permiten dar cuenta de los procesos intersubjetivos, de las racionalidades prácticas, de las ideologías y utopías y de los mundos narrativos que la conforman: los distintos niveles de significación, la corporalidad, el aquí y ahora, la relación cara a cara.

La especificidad condensa largos procesos identitarios, largas trayectorias históricas de diferenciación, reconocimiento, pero también de límites. Expresa modos de ser y estar en la profesión. Es una síntesis siempre provisoria, histórica, con múltiples identificaciones, donde el síntoma también se encuentra manifestado.

Así como las personas, las identidades nunca son estables, se transforman como lo hacen las condiciones socio-históricas en las que se da su construcción.

Pensar el Trabajo Social en el campo de la salud, desde una especificidad particular, es comprender que ello contiene todos los aspectos de su saber especializado. Esto implica develar la verdad del ejercicio profesional, para desde allí revalorizar el acto asistencial como un mundo de particularidades, contenidas por las fronteras de la especificidad de la disciplina en la atención socio- sanitaria.

CAPITULO II

DE CÓMO LA ESTRUCTURA HOSPITALARIA CONDICIONA PARA UN EJERCICIO PROFESIONAL MEDICALIZANTE

2-1 Análisis de la institución como estructura

El estudio de una realidad social compleja como lo es el hospital público posibilita la comprensión, el análisis, y la reflexión de la estructura institucional con la que lidia el Trabajo Social al momento de ejercer su práctica. Dicho campo suele ser un escenario contradictorio, difícil de abordar, donde conviven diversas perspectivas sobre el proceso salud-enfermedad-atención; tema que ya fue abordado en el Capítulo 1 de esta Tesis.

Siguiendo a Samaja (2004), las instituciones constituyen en el orden de la historia social humana el análogo a las especies en el proceso evolutivo de la vida. La diferencia está en que los seres vivos solo pueden entrar o salir de una especie de una vez y para siempre. Los individuos, como sujetos de la cultura, pueden transitar por diversas instituciones (diversos campos normativos) sin que su individualidad biológica limite estos tránsitos.

“Las instituciones más primitivas (familia, comunidad, lengua) son más rígidas, más inertes y dejan muy poco margen para la libertad de elección. Las instituciones inmediatas subsiguientes del Estado y sus diversas esferas de acción, ofrecen una gama más amplia de alternativas, y presentan cierta flexibilidad en cuanto a la posibilidad de transformación”.
(p.87)

Bajo esta perspectiva, la cultura genera contextos institucionales particulares para atender a los enfermos y produce, además, transformaciones ambientales propicias para el desarrollo y abordaje de la enfermedad-atención, con algunos desempeños de expresiones individuales diferenciales. De esta manera, la enfermedad deja de ser un fenómeno puramente biológico para transformarse en un fenómeno institucional y simbólico.

Los diferentes actores que participan de esa relación social se superponen, se contradicen y complementan. El sistema de vínculos reorganiza su comportamiento estandarizándolo pero incorpora, a la vez, cambios constantes, los cuales, mediante recursos imaginarios y simbólicos, inauguran o cancelan nuevos mundos de relaciones humanas.

Por lo tanto, conviven una latente expectativa hacia la posibilidad de cambios radicales que otorguen a los agentes profesionales capacidad de decisión, reconocimiento de su capital intelectual y un consecuente rédito económico y, su vez, un sentimiento de desgano, de rechazo hacia todo lo nuevo, debido a la distancia existente entre la realidad cotidiana del sujeto agente y la idealización de su ejercicio profesional dentro de la institución, con el consecuente sentido de auto- exclusión en todo proceso transformador, por mínimo que éste sea.

A partir de la supremacía del modelo médico hegemónico, como única filosofía que fundamenta los procesos de atención en salud (Menéndez 2008) y su consecuencia actual en el mecanismo afianzado de la medicalización, la contradicción señalada se acentúa. El sujeto profesional ha sido subdivido, segmentado en compartimientos, cada uno de los cuáles lo habilita para desarrollar competencias específicas de un determinado saber, el cual deriva en un conocimiento especializado, único, y en un ejercicio de poder avalado sólo por los representantes de su disciplina. Esta lógica afianza un rol escindido entre su práctica efectiva y su ideal de ejercicio profesional.

En la actualidad, el enfoque de cuidados progresivos enfrenta a los profesionales que pertenecían a líneas de acción piramidal con un poder de decisión más acotado en lo real pero más liberado en lo ideal. Esto porque al presentarse compartido con otros pares, dentro de lo que se establece como áreas de coordinación interdisciplinarias, necesariamente el uso del mismo se diluye entre muchos.

Sin embargo, se le exige a la vez, la definición de parámetros propios para la toma de decisiones dentro del sector que dirige, las que en su mayoría resultan de orden vital para la supervivencia del paciente, confirmando lo necesario de su especialización.

Las nuevas normas, que reconfiguran las fronteras entre las disciplinas, su estructura anterior y las respuestas históricas, aún son capitalizadas por dichos profesionales que continúan ejerciendo su disciplina con una lógica piramidal y unidisciplinar. Por su origen,

resulta necesario el nivel disciplinar y en la tradición se impone la historia; no obstante, cuando esta paradoja se instala como “estructura” se transforma en hábitos, borrando las huellas de aquella génesis. Tiende a presentarse como si fueran estructuras originarias, como pura presencia, como algo dado, negando la posibilidad de pasaje paulatino de un proceso a otro.

Esta operación de “borrado” o enajenación de la génesis ya fue advertida en el campo de las relaciones sociales por Vico, Kant, Hegel, Marx y Piaget, entre otros, quienes señalaron de diversas maneras que este desligamiento de la historia formativa instala vivencias de ajenidad y pérdida de autonomía en el sujeto.

2-2 El hospital público actual

La Teoría General de la Administración o Taylorismo se ha adjudicado la tarea de administrar las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o de proyecto propio. Forma parte de la cultura tradicional de la mayoría de las escuelas de administración cuyo objetivo, ya hoy explícito, es el de disciplinar al trabajador, cuya consecuencia más visible sobre los agentes profesionales ha sido doblegar la autoestima y la iniciativa crítica.

Se delega a los protocolos, normas o programas, la función de organizar el trabajo cotidiano de los agentes, los que sólo se encargan de ejecutar acciones. Algunas escuelas apuestan más a controles disciplinarios para realizar este objetivo, por lo que no les bastará la domesticación del comportamiento de los trabajadores. Otras –más modernas- y con base en el pensamiento estratégico, intentan modificar la subjetividad de los agentes creando discursos de participación en las decisiones que no se traslucen en las acciones.

Ninguna de estas corrientes invierte en la producción de sujetos que, al mismo tiempo de preservar su autonomía, adquieran la capacidad de contraer compromisos con otros.

Siguiendo a Foucault (2008) y específicamente en los hospitales públicos, esta lógica tradicional de gerenciamiento operará desde los siglos XVII- XVIII, momento en que se

instala el mecanismo de economización del tiempo de la mano de la eficacia para la alta producción.

Poder centralizado en jefes, control directo sobre la realización de procedimientos técnicos (productividad médica, etc.) y control sobre el comportamiento formal de los funcionarios (cumplimiento de horarios, entrega de informes de producción), elaboración centralizada de programas y de normas reguladoras de la atención, ausencia de comunicación, ya sea tanto entre los servicios en relación horizontal de poder como entre los distintos niveles jerárquicos.

La concentración de tarea en actos vacíos de sentido o cuyo sentido depende de una continuidad, que el agente no controla y desconoce, produce un patrón de relación con el saber y con la práctica profesional burocratizado. La instalación de la razón instrumental¹⁶ en las prácticas y en los procedimientos relacionales, entre agentes de la misma disciplina y con otras, constata una progresiva pérdida de eficacia para resolver problemas y una tendencia a que las áreas de servicios funcionen orientadas a evaluar sólo el riesgo. Los procesos de intervención resultan de mayor duración, involucrando un sinnúmero de especialistas, los costos se elevan y se imponen más restricciones a los pacientes.

En la mayoría de los casos se pierde la visión integral de la situación -siempre devenida en caso- y las decisiones son tomadas de manera mecánica a partir del diagnóstico inicial y de protocolos rígidos considerados adecuados para todas las demandas que se presentan.

Las recetas contemporáneas para saldar este estilo de administración de gestión institucional han pecado por ingenuidad o se han mostrado inocuas, ya que la reaparición de los médicos generalistas o la constitución de equipos multidisciplinarios es una recomendación frecuente, como si la suma de agentes trabajando por el mismo problema asegurara en sí mismo un cambio de paradigma. En el centro de estas propuestas hay una base imaginaria de que estas experiencias compensarán la desresponsabilización y la fragmentación que la excesiva especialización crea, autoriza y legitima.

¹⁶ Razón instrumental: se encuentra determinada por la racionalidad de los medios. En general, la razón instrumental es la que se halla al servicio de algún otro tipo de razón que se estima principal. Por ello es también llamada razón subordinada o funcional. Se trata de un “saber cómo” en vez de un “saber qué”. Ferrater Mora (2012) *Diccionario de Filosofía*. España. Ariel.

2-2.1 El intento de autogestión y descentralización de la década del 90

Compartiendo el análisis de la Dra. Belmartino (2010), las políticas de transferencia de servicios públicos de salud, de la jurisdicción nacional a la provincial, se llevó adelante en forma parcial y discontinua durante los últimos cincuenta años del siglo pasado. Se basó en criterios fiscales que no estuvieron acompañados por un mecanismo de compensación financiera, ni por iniciativas para mejorar la gestión de los servicios.

A partir de los años 90, la política descentralizadora es retomada por el Estado nacional en función del achicamiento planificado para sus estructuras, transfiriendo veinte establecimientos hospitalarios, algunos institutos dedicados a funciones específicas y programas sociales a las esferas provinciales y municipales. Argentina adopta un modelo que intenta combinar la libre elección y la desmonopolización, observándose el predominio de objetivos financieros en dichos cambios.

El proceso de descentralización desde la Nación hacia las provincias no se completó, salvo excepciones, con poca transferencia de instituciones provinciales a los municipios. En varios casos se generaron sistemas provinciales de salud con alto nivel de centralización y nula derivación de recursos al nivel local, siendo los resultados concretos disímiles en las diferentes realidades provinciales.

A pesar de que la crisis institucional no cesó, la demanda de atención creció en mayor escala: brindó asistencia a la clase indigente no protegida, prestó servicio a beneficiarios de las obras sociales sin retorno financiero, asistió demanda creciente de sectores sociales con buena capacidad económica, cubrió la salud de los desocupados y subocupados sin cobertura social, y se ocupó de la emergencia y de la accidentología casi sin cargos para los seguros.

A pesar del recorte presupuestario, se continuó ejerciendo funciones de escuela médica y de otras profesiones (residencias, becas, pasantías) y se ampliaron las actividades de investigación, estas últimas no remuneradas, a los profesionales, como actividad extra a la tarea asistencial.

El deterioro de la estructura edilicia, acompañada por graves deficiencias en la gestión, no lograron alcanzar las metas de la descentralización declarada para principios de la década

del 90 como la solución para las instituciones hospitalarias, tanto en términos económico-financieros como en cuanto a su capacidad para lograr calidad en el sistema de atención.

2-2.2 Decreto 578/93. Creación del Registro provincial de Hospitales de Autogestión

Las disposiciones relativas a la reforma del subsector público se completaron con este decreto, que otorgó una relativa autonomía en la captación y administración de recursos a los hospitales provinciales que adhirieron al sistema.

Para ello, debían adecuarse a las siguientes disposiciones:

- Cumplir con los requisitos básicos que establece el programa nacional de calidad, y estar habilitados y categorizados por autoridad competente.
- Financiarse con fondos presupuestarios que le asigne la respectiva jurisdicción, de acuerdo con su producción, rendimiento y tipo de población que atiende.
- Complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago, y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales.

Los ingresos extra-presupuestarios así percibidos serían administrados directamente por el hospital de autogestión. Al mismo tiempo, se estableció la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios.

Con el fin de mejorar la administración interna, se autorizó la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la producción y eficiencia del personal. Se hacía referencia también a una futura introducción de mecanismos de subsidios a la demanda, que dejaba abierta la posibilidad de creación de seguros de salud públicos.

Durante su implementación, el hospital autogestionado permitió realizar cambios que en décadas anteriores fueron imposibles de imaginar, pero la brecha existente entre la filosofía que lo sustentó y la puesta en práctica de la misma arrojó resultados negativos devenidos del ejercicio de su práctica confrontada con la realidad:

- No se tuvo en cuenta el perfil de cada hospital, ni las características de la población de sus áreas programáticas.

- No se les brindó la posibilidad de una verdadera autarquía.
 - En la mayoría de los casos no se organizaron redes de servicio, de referencia-contrarreferencia, ni la programación de acciones según factores de riesgo, como así tampoco la identificación de grupos vulnerables.
 - Sólo entraron en este régimen aquellos hospitales inscriptos en el registro de hospitales públicos de autogestión, previo cumplimiento del decreto mencionado, lo que en cierta manera fue discriminatorio y llevó a un uso discrecional de esa afiliación a la política provincial de turno.
 - Mediante su cumplimiento se privilegió la optimización de los recursos disponibles, no la de los recursos necesarios.
 - Se transformó a los hospitales en obras sociales -dependientes- ya que el presupuesto original asignado era disminuido por las autoridades de la jurisdicción en forma progresiva, en caso de obtenerse una buena recaudación. Por lo tanto, estos establecimientos dependieron exclusivamente de lo que recaudaron asistiendo a pacientes carentes de recursos, trasladándosele esta responsabilidad indelegable del Estado al propio hospital.
 - Se tomó como modelo prestacional el subsidio a la demanda, que se ocupa sólo de trabajar con los recursos que la población demanda y no con el subsidio a la oferta, que es la forma de ofrecer servicios para inducir la demanda, con la finalidad de promover y proteger la salud.
- Por último, no se constató una verdadera participación comunitaria, a pesar de que esta estrategia fue fomentada como una de las fundamentaciones centrales para la aplicación de la ley. Por lo tanto, la autogestión hospitalaria provocó la fragmentación de la población, lo que trajo graves problemas en la accesibilidad de los pacientes al sistema.

2-2.3 El modelo de moda. Siglo XXI. La gestión por cuidados progresivos

En el año 2011, el Ministerio de Salud provincial anuncia el cambio de modelo prestacional en concordancia con la política social nacional y algunas experiencias ya evaluadas como positivas en Europa, especialmente en países como España. La nueva filosofía de atención se enmarca en lo que se denomina cuidados progresivos en salud.

Según la OMS (2011): “Es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios a partir de las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el área física del hospital más apropiada a su estado clínico” (p.1).

Contempla los siguientes tipos de cuidado: auto-cuidado, cuidados domiciliarios, cuidados ambulatorios, hospital de día, cuidados mínimos, intermedios, intensivos y cuidado prolongado. Dicho modelo cambia radicalmente la manera de ofertar servicios en salud y se presenta como contraria a la lógica tradicional, que contempla la agrupación por especialidades, la oferta prestacional en relación al número de camas disponibles y la asignación de recursos prefijado por la política central, lejos de las necesidades de la demanda real con una capacidad de atención pre- instalada y recursos subutilizados.

La crítica inicial al modelo piramidal tradicional es su total rigidez: servicios profesionales organizados como feudos, jefes de salas dueños de las camas, manejo discrecional del espacio dedicado a la atención de pacientes, independientemente del porcentaje de ocupación real. En las líneas más radicales de práctica profesional se observa un servicio-centrismo, con alta desigualdad entre servicios que no poseen un mismo nivel de asignación de recursos o de autogeneración de éstos, provocando aislamiento de núcleos profesionales dentro de la misma institución.

Bajo la modalidad de cuidados progresivos el centro de la organización es el paciente y no los profesionales; por consiguiente la agrupación de usuarios del sistema se realiza de acuerdo con la necesidad de atención en cuanto a gravedad y oportunidad de la misma. Los recursos se aplican proporcionalmente a la magnitud del problema de salud de los pacientes.

Su éxito en la aplicación se basa en que se trata de un modelo aplicable a cualquier organización de atención médica, ya que entabla una relación específica según la complejidad del problema de salud de cada paciente, independientemente del nivel de complejidad que la institución posea. Defiende la optimización del uso de los recursos y ayuda a normatizar patologías, favorece la interdisciplina y la multidisciplina, estableciendo modalidades de trabajo en equipo. Esto mejora por sí mismo la calidad de la atención.

Además, fomenta la capacitación del equipo de salud y el crecimiento profesional debido a que sus agentes comparten niveles de decisión que funcionan en diversas líneas de autoridad, desarrollando un liderazgo democrático.

Entre los beneficios esperados se sostiene que intensifica la formación integral de los profesionales internistas, ya que fomenta una mirada integral de la patología, requiriendo para ello de conocimientos básicos no médicos.

A la vez, crea una tendencia hacia la capacitación ampliada del personal de enfermería sin perjuicio de las capacitaciones específicas, abordando al paciente con una visión integradora que comprende un amplio espectro de problemas de diversas dimensiones que suelen afectar su salud, evitando que los enfoques especializados superpuestos operen negativamente sobre él.

Instala un nuevo equilibrio entre la consideración de los problemas de cada sector hospitalario particular y los problemas institucionales generales, lo que favorece la conceptualización de la organización como un todo que debe desarrollarse armónicamente para asegurar el cumplimiento de sus objetivos. Todo esto asegura un crecimiento y una jerarquización de la institución en la región en la que opera.

Entre las dificultades que presenta el modelo se destacan: la resistencia al cambio por falta de cultura y comportamientos matriciales, el miedo generalizado a lo nuevo, el arraigo en la especialización como única modalidad certera de atención y la falta de capacitación del equipo de salud para sobrellevar el cambio.

2-3 La relación entre modelos prestacionales y los procesos de trabajo humanos

Sobre la base de la ideología liberal, desde los modelos llamados tradicionales hasta los más avanzados, como es el modelo de prestación por cuidados progresivos, todos se constituyen necesariamente como una forma de ideologización y de dominación. Esta dinámica se evidencia en el microespacio, en las formas de ejercer el poder cristalizadas

desde un discurso que habla de los saberes horizontales pero que reproduce prácticas de élite, auto-referentes, dominantes y hegemónicas.

Al permanecer el escenario ideológico de la medicalización con su consecuente modelo biomédico, ninguna alternativa de gestión y/o de práctica profesional podrá evidenciar cambios significativos en su estructura.

Siguiendo a Foucault (2008) en las disciplinas los elementos de los sujetos que la componen son intercambiables, puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie y por la distancia que lo separa de los otros. Su unidad no es ni el territorio -unidad de dominación- ni su espacio ocupacional disciplinar -la Medicina, el Trabajo Social- ni el lugar -el hospital- sino el rango: el lugar que se ocupa en una clasificación. El punto donde se cruza una línea y una columna (saber horizontal y saber vertical), el intervalo en una serie de intervalos que se pueden recorrer uno después de otro. La disciplina (arte del rango y la técnica) individualiza los cuerpos -la profesión- mediante una localización que los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones.

La disciplina define cada una de las relaciones que el cuerpo (el profesional) debe mantener con el objeto que manipula (en este caso, los sujetos, los pacientes). Entre uno y otro dibuja un engranaje cuidadoso.

Suele observarse que términos como “participación social”, “conocimiento popular”, “poder horizontal” aparecen en los discursos de los agentes profesionales que ocupan posiciones jerárquicas dentro de los hospitales, sobre todo con el auge de la oferta de servicios por cuidados progresivos. Dicho discurso se presenta tanto al interior del sistema de salud como en la relación que éste mantiene con la comunidad. Esta aparente postura crítica no se traduce en una relación democrática e integradora en cuanto a la participación de dicha comunidad en la toma de decisiones respecto de la estructura técnico-administrativa del sector, debido a que lo disciplinar sigue homogeneizando las prácticas de los profesionales que allí trabajan.

La disciplina procura una economía positiva, esto es, plantea el principio de una utilización de su saber siempre creciente, como si desde una posición ideal se pudiera unir máxima rapidez con máxima eficacia. Divide el ciclo vital en segmentos, sucesivos o paralelos, cada uno de los cuales debe llegar a un término especificado -el protocolo de atención- que aísla

el tiempo de formación del período de la práctica. Organizar la atención de acuerdo con un esquema analítico, de prácticas sanitarias más simples hacia una complejidad creciente, supone que la misma abandone el principio de la repetición analítica. Esta sujeción a pautas repetitivas de acción, consideradas por las instituciones como eficaces, alimenta a la razón instrumental como una forma inconsciente de sobrevivir en este escenario.

La forma inconsciente de repetición se transforma en el discurso autorizado de la práctica medicalizante y produce un significado que habilita determinado ejercicio de poder al interior del sistema de salud y sobre el rol de las profesiones sanitarias. Este proceso, aún con rasgos de horizontalidad, es inherente a la institución como espacio relacional de poder y de saber. Indicador del progreso de la sociedad del siglo XVIII hasta nuestros días, el disciplinamiento es el lado inconsciente de la disciplina, que necesariamente requiere de ejercicios constantes de control y de una práctica sistemática de dominación sobre las propias disciplinas.

“La historicidad evolutiva tal como se constituyó entonces, y tal como hoy se constituye tan profundamente como evidencia, está vinculada a un modo de funcionamiento del poder” (Foucault 2008, p.187).

Para el Trabajo Social, el legado histórico del ejercicio constante de la técnica por sobre el trabajo reflexivo bajo este contexto institucional despliega tareas repetitivas, graduadas por diferentes estados de autonomía, lo que influye en el rol de los profesionales hospitalarios, derivando el trabajo hacia un estado terminal e instalando un trayecto profesional a la manera de un tipo ideal.

Si se considera a la disciplina un acumulador de fuerzas para obtener un disciplinamiento eficaz, el Trabajo Social quedará fijado en la porción terminal de su práctica, perdiendo la oportunidad de extraer tiempo eficiente de su saber para acumularlo y distribuirlo como saber reflexivo entre sus agentes.

Tanto el modelo piramidal como la oferta de atención por cuidados progresivos responden al menos a dos exigencias: son lo bastante acabados como para formar una red sin espacios a fin de posibilitar la multiplicación de su poder y repartición sobre todas las disciplinas a controlar y, a la vez, son lo bastante discretos para no constituir un peso muerto sobre la actividad disciplinar y convertirse en un freno u obstáculo. Por lo tanto, el eje central del

disciplinamiento es integrarse al dispositivo disciplinar como una función que aumenta sus efectos posibles; para ello necesita descomponer sus instancias, aumentar su función productiva y reproductiva, “especificar su vigilancia y hacerla funcional”. (Foucault 2008, p.204).

Se trata de un control intenso pero sutil, continuo, específico e inespecífico, que recorre todo el proceso de trabajo, recayendo en la actividad del profesional que lo recrea. Toma su habilidad, su manera de trabajar y su conducta, y las materializa en funciones específicas que, a manera de corsé intelectual, vigila y mantiene a todos en línea.

Los modelos institucionales hospitalarios resultan eficaces, porque la condición de su existencia es su impregnación en todos los espacios y niveles. El proceso de integración del disciplinamiento actual es el proceso de medicalización de la vida, que se corporiza en el modelo biomédico de la enfermedad, tanto en instituciones organizadas tradicionalmente como aquellas basadas en el modelo por cuidados progresivos.

Por lo tanto, la condición inicial para un proceso de cambio debiera iniciarse por un desbloqueo epistemológico donde se pierda el carácter textual del cuerpo disciplinar y se complejice hacia nuevas configuraciones profesionales, donde la dolencia, la salud y los procesos de atención sean desacralizados, haciendo intervenir la particularidad de un cuerpo que habla y tiene historia, en cada demanda profesional.

Si el Trabajo Social no puede leer cuál es la estructura particular que lo determina, resulta difícil considerar no ingresar a prácticas profesionales facilitadoras de una instrumentalización de los procesos de trabajo, que por el disciplinamiento institucional que traspasa su malla profesional, puede hundirlo en prácticas reificadas.

CAPITULO III

SOBRE LA INVESTIGACION

3-1 Características del estudio

Se trató de un estudio de corte transversal, observacional con un diseño analítico, exploratorio cuali-cuantitativo, para particularizar la práctica de los trabajadores sociales del campo de la salud pública e intentar relacionarla en su forma y contenido con los procesos de medicalización vigentes en dichas instituciones. El objetivo fue establecer una relación de interdependencia entre ambas situaciones, las cuales ya fueron definidas por su interés epistemológico en los capítulos 1 y 2.

3-1.1 Justificación

Compuesta por ciento treinta y cinco Municipios, la provincia de Buenos Aires está dividida en doce Regiones Sanitarias, en la cual funcionan aproximadamente dos mil noventa y dos Centros de Primer Nivel de Atención, todos coordinados a nivel municipal, aunque bajo la órbita del Ministerio de Salud provincial, que oficia de ente regulador de la salud de la población de todo el territorio. Cuenta con veintidós hospitales de alta complejidad organizados y financiados exclusivamente por la cartera ministerial¹⁷. En la región La Plata se asientan siete de esos hospitales, de los cuales cinco pertenecen a la categoría interzonal, de agudos y de alta complejidad¹⁸. Los dos restantes funcionan como

¹⁷ Fuente: <http://www.ms.gba.gov.ar/hospitales>.

¹⁸ Hospital interzonal, de agudos y de alta complejidad: su área programática se encuentra comprendida por varias localidades de la región sanitaria a la que pertenece. Se enfoca en problemas de salud agudos, los cuales suelen ser derivados a los hospitales locales una vez transcurrido el diagnóstico y los primeros tratamientos, para finalizar allí la atención. Posee máxima complejidad y excelencia en infraestructura, equipamiento y recursos humanos para la especialidad que desarrolla. Fuente: <http://www.ms.gba.gov.ar/hospitales>.

hospitales zonales con un nivel de complejidad media.¹⁹ Se trata de la Región Sanitaria con mayor densidad de hospitales interzonales, de alta complejidad.

La inserción de los Servicios Sociales hospitalarios para la región se registra entre las décadas del 40 y 50 ²⁰ a partir de una ampliación edilicia y de gestión de la salud pública que, como política de Estado, impulsa el desarrollo de todos los hospitales públicos que se encuentran funcionando en la actualidad. El rol percibido en estos orígenes tiene características higienistas²¹ aun cuando la política de turno marcaba otros rumbos sociales. Sus estrategias de intervención se basaban en posturas para-médicas, que incluían intervenciones de registros de pobreza, entrega de medicamentos, controles pos alta de los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos, gestión para el traslado de fallecidos, acompañamiento de pacientes en ambulancias, diligenciamiento de prótesis.

Llegada la década del 60, el rol profesional se especificó junto a los avances de las Ciencias Sociales. Surgen las primeras Jornadas Provinciales de Trabajo Social, y los servicios sociales comienzan a ser unidades de gestión con paridad institucional a los servicios médicos.²²

Para las décadas del 80/90, el Ministerio de Salud lanza las Residencias Interdisciplinarias en Salud, iniciando hasta la actualidad la formación específica de Trabajadores Sociales instructores. Dicha beca en servicio combina espacios docentes con tarea asistencial.

¹⁹ Hospital zonal de complejidad media: Su área programática se encuentra determinada por una o dos localidades, en general cabeceras de partidos. Posee un mayor nivel de resolución para la atención de patologías más complejas que las atendidas en los centros locales municipales, abarcando las siguientes especialidades básicas: clínica médica, cirugía, obstetricia, pediatría, además de capacidad instalada para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediano costo. <http://www.ms.gba.gov.ar/hospitales>

²⁰ Fuentes consultadas en los archivos de los Servicios Sociales hospitalarios visitados en ocasión de las entrevistas a los informantes clave.

²¹ Higienismo: se constituye en la Argentina en el último tercio del siglo XIX como un movimiento que si bien está liderado por profesionales de la medicina, incorpora a intelectuales y políticos. Se trata de un grupo heterogéneo, con contradicciones internas respecto de concepciones ideológicas y políticas, ya que confluyen en él liberales (tanto los ligados a la filantropía librepensadora, como ortodoxos), socialistas e, incluso, en ciertas propuestas apoyadas por el catolicismo social. Los une la convicción de la necesidad de la racionalización de las prácticas destinadas a dar respuesta a la cuestión social y la inscripción al positivismo. Para el movimiento higienista, el objetivo superior de “orden y progreso” solo podría consolidarse vía el control social y el disciplinamiento de los sujetos. Facultad de Trabajo Social UNER (2013) *Historiografía de la Intervención Social*. FICHA N° 5: Estrategia típica de intervención social higienista. Recuperado de: <http://www.fts.uner.edu.ar>

²² Archivos fotográficos y periodísticos de la época confirman que las primeras Jornadas Provinciales de Servicio Social hospitalario se realizaron en el Hospital de Niños Sor María Ludovica en el año 1978.

Un estudio descriptivo, exploratorio realizado por el Colegio de Trabajadores Sociales provincial en el año 2012 demuestra que salud es el escenario donde se encuentra el espacio ocupacional mayoritario, en el que los trabajadores sociales ejercen formalmente la profesión.²³

Dicho estudio se articula, además, con las investigaciones previas llevadas a cabo por la Cátedra “Epistemología de las Ciencias Sociales” (Facultad de Trabajo Social- UNLP) en el programa de incentivos docentes para la investigación, años 2010-2011 y 2012-2013, por lo que se espera que sus conclusiones abonen la teoría ya formulada allí respecto de la problemática de la especificidad disciplinar. La finalidad del mismo es arrojar nuevos conocimientos para un campo particular de práctica profesional, como es el campo de la salud. Dicha área demostró también ser el segundo lugar de inserción laboral en el estudio 2012-2013: educación 37,3% -salud 22,3% -desarrollo social 10,9% -justicia 9,8% -niñez 7,2% -discapacidad 3,6% -trabajo 2,6% -seguridad 2,6% -ONG 2,1%.

Las condiciones de empleo y de trabajo en el sector público de la salud sufren un deterioro histórico, estructural y continuo desde fines del siglo XIX. La crisis post 2001 ha mostrado las fracturas de un sistema que convive entre las añoranzas de un modelo profesional asistencial humanístico de alto reconocimiento social y una categoría laboral vulnerada por los embates de las reformas laborales que sostienen un proceso de precarización de las fuerzas de trabajo, con cuestionamiento de la sociedad y un reclamo del abandono del “arte de curar” por acciones paliativas y espasmódicas frente a la atención residual de la población beneficiaria de los hospitales públicos. A pesar de la evidencia de este retroceso en las formas de trabajo, y en el alto costo social que significa permanecer en la actual coyuntura, no es habitual el desarrollo de estudios por parte del Estado para conocer los efectos que este proceso tiene sobre la calidad de los procesos de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del sector. La práctica de estudios epidemiológicos para el conocimiento de

²³ Colegio de Trabajadores Sociales. (2012) *Trayectorias laborales de los profesionales en la provincia de Buenos Aires*. Informe de investigación. La Plata. Colegio de Trabajadores Sociales.

las situaciones de trabajo efectivo, que puedan generar datos sobre la complejidad de los procesos de trabajo asistencial, no está extendida en nuestro país.

Obtener datos generalizables, aún con limitaciones, podría ser de gran impacto e interés para la profesión en general y para el campo de la salud en particular. La entrevista a informantes clave permitirá obtener información primaria básica para planificar estudios posteriores específicos, por categoría profesional, por tipo de ocupación, por nivel de atención, por hospital, etc. Se podrán identificar los procesos de trabajo más prevalecientes, el déficit en modelos asistenciales anquilosados en nuevas coyunturas institucionales, los factores protectores o de riesgo que generan las actividades laborales por categoría profesional, etc.

Sería de gran interés que las políticas públicas en salud, relacionadas a las condiciones laborales de los trabajadores profesionales de los centros asistenciales, pudieran generar sistemas de información adecuados para la planificación de la prevención de riesgos del trabajo, originados por la propia actividad.

Tomada la categoría riesgo en su mayor complejidad, ésta debe contemplar, además, los perjuicios de alejarse de la especificidad profesional por el desarrollo de tareas que no le son propias. Este estudio constituirá un antecedente en este sentido, ya que con la construcción de un sistema de información de condiciones laborales en el sector y a nivel local, producirá información particular, contribuyendo a la lectura de material acorde a la realidad laboral efectiva de la clase, y tal vez desmitificando bibliografía de referencia originada en los países centrales, los cuales poseen otros procesos históricos y realidad institucional.

Hablar de práctica profesional requiere considerar por lo menos dos dimensiones de análisis: la primera determinada por la problemática abstracta del objeto teórico de una disciplina y la segunda, por la efectividad de la práctica misma, donde el objeto se hace concreto y se muestra en la intervención habitual de los agentes que la realizan cotidianamente.

Es una oportunidad para desarrollar instrumentos que puedan aplicarse periódicamente, como parte de un sistema de información y evaluación continua en las instituciones responsables del área. Este tipo de estudio permitirá identificar los temas, las áreas, los

lugares y los colectivos profesionales sobre los cuales se requerirá pensar algún tipo de intervención.

En la actualidad, la medicina es la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes. Si bien respecto del proceso de medicalización existe una concepción menos unilateral y mecanicista que la dominante entre los años 60 y 70, que incluso ha conducido a algunos autores a negar dicho proceso; no cabe duda que el mismo no sólo existió sino que sigue vigente.

Algunas investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado, desde la Salud Colectiva, la visión onnipotente y unilateral con que eran, y todavía son observados estos procesos, según la cual la medicina podría imponer a los sujetos y grupos sociales, casi sin modificaciones u oposiciones por parte de éstos, sus maneras de explicar y atender los padeceres.

En sus estudios, Menéndez (2008) ha analizado el saber médico considerando que el primer rasgo estructural dominante de la medicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico-técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien este tipo de saber en algunas de sus especialidades y orientaciones tiene en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto modelo institucionalizado, tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica.

Es decir que se potencia una tendencia evolucionista-histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica en las dinámicas institucionales actuales, y se tiende a reforzar dicha orientación más allá de los discursos y reflexiones que, desde análisis médicos, perspectivas científico sociales y posiciones sanitarias busquen apaciguar sus efectos.

Siguiendo el análisis de los principales autores de esta corriente,²⁴ surge que este proceso de secundarización y exclusión de las disciplinas no médicas está influenciado también por factores de tipo ocupacional y de competencia del mercado. Éstos afirman que al final del Siglo XX se asistió a una transición tecnológica que reestructuró la producción del mercado, sobre todo en los países centrales, y en menor medida también en los periféricos, de una dimensión semejante a la experimentada en los momentos vitales de organización del propio capitalismo (Antunes 1999).

A pesar de lo generalizado que parece estar el tema entre la bibliografía relevada, existen pocos trabajos que relacionen el tema con las prácticas profesionales específicas para el sector salud en el escenario coyuntural actual. Ninguno para la disciplina de Trabajo Social. Como excepción en la región, se cuenta con un estudio de Denise Pires, realizado en 1996. (Pires 1998) Partiendo del análisis de los procesos de trabajo en dos hospitales, uno público y uno privado, estudia los cambios provocados en la actualidad por la incorporación de tecnologías de punta, colocando el eje central del proceso en el trabajo de enfermería. Refiere que la reestructuración productiva ha alterado al modelo médico hegemónico colocándolo, además, en una crisis de eficiencia y eficacia. Sin embargo, reconoce que el ingreso de equipo de punta no ha logrado anular momentos singulares del trabajo de la salud, insustituibles por cualquier aparato, como la dimensión de la producción del acto de cuidado.

Emerson Merhy (2006) cuestiona las conclusiones de la autora, señalando que la reestructuración productiva en salud puede no estar siendo marcada por el ingreso de nuevo equipamiento, sino por el propio modelado de la gestión del cuidado en la salud, en las prácticas que gobiernan los actos productivos, en los procesos de trabajo y en la capacidad de generar nuevas modalidades de producción del cuidado y de gobernarlas.

Para la Argentina, una reciente publicación de la Universidad de San Martín (Cannellotto, 2010) matiza el proceso de medicalización, insertándolo dentro del desarrollo de las políticas e instituciones sanitarias nacionales. Esta producción se focaliza en las prácticas

²⁴ (Almeida-Filho 2006), (J. Breilh 2003) (Carvalho 1996) (De Sousa Campos 2001) (Menéndez 2004) (Merhy 2006) (Nunes 1986) (Samaja 2004) (Escudero, 2011)

concretas con las que se ha ido constituyendo el proceso de medicalización, prácticas que confirman y/o muestran las limitaciones del modelo y su efectividad respecto a los dispositivos de control social por él utilizados.

Susana Belmartino (2005) ha reconstruido recientemente las reglas de juego del campo médico nacional, en teoría destinadas a ordenar los intercambios que se generan en el interior del sistema de servicios. También revisa el modo en que los procesos históricos, imbuidos ideológicamente por el programa de ideas del momento, provocaron la alteración de esas reglas y el consecuente cambio en las organizaciones. Instrumento eficaz para comprender la génesis de las instituciones del sistema de servicios médicos y a la vez revelador de las distorsiones que afectaron el cumplimiento de sus funciones, su producción determina las tensiones entre los principales protagonistas y el Estado por la concreción efectiva del derecho a la salud.

Las publicaciones mencionadas dan cuenta en su mayoría de los procesos institucionales actuales y cómo estos repercuten en el acto de producir salud, pero ninguna de ellas aborda qué implica producir salud hoy en los hospitales públicos. La intención de homologar el concepto de práctica con el concepto de trabajo apunta a reconstruir ese proceso, a la luz de aceptar el contexto actual como la coyuntura vigente en estas instituciones.

En este sentido, se comparte con la Dra. Belmartino (1987) que el contexto institucional actual del sector salud posee cinco rasgos que lo definen como tal: 1) Tiene una concepción de la salud individual y biológica, descontextualizada social e históricamente. 2) Es un modelo tecnocrático, fundado en la idea de que el desarrollo científico y tecnológico conduce al bienestar que, en los hechos, se traduce en un monopolio del saber que utiliza un lenguaje definido previamente como científico, lo que produce relaciones asimétricas y pasividad en las personas. 3) Es medicalizante, ya que la medicina invade la totalidad de las prácticas sociales y refuerza su función de control al definir la desviación como enfermedad. 4) Aumenta la iatrogenia con consecuencias sociales correlativas. 5) No es igualitario, ya que el acceso a las prácticas en condiciones de excelencia está asociado a la disponibilidad de tecnología, a la cual no acceden no sólo importantes conjuntos sociales, sino también profesionales que no cuentan con las posibilidades de disponer de los recursos ni de las especializaciones.

3-1.2 Descripción de la población

La estructura del objeto de investigación –el caso- responde a las características de un objeto complejo. Contiene tres tipos lógicos de unidades de análisis, los cuales conforman un Sistema de tres Matrices de Datos (SMD)²⁵: una matriz central o del nivel de anclaje, una matriz formada por componentes o partes de las unidades de análisis del nivel de anclaje; y una matriz supraunitaria, conformada por los contextos de las unidades del nivel de anclaje.

En esta investigación, el nivel de anclaje o central del sistema de matrices de datos se ubica como unidad de análisis al propio Trabajador Social. En el nivel contextual o supraunitario están los contextos institucionales operantes; en este caso, los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires asentados en la región La Plata. En el nivel subunitario se ubican las dimensiones subjetivas del Trabajador Social como tal.

$$\text{SMD} = \begin{cases} \text{Nivel contextual o supraunitario: Hospitales Públicos} \\ \text{Nivel de anclaje: Trabajador Social} \\ \text{Nivel de componentes o subunitario: Dimensiones subjetivas} \end{cases}$$

3-2 Metodología utilizada para la encuesta

3-2.1 Descripción de las variables de la encuesta

-Variables contextuales del estudio: organismo empleador- forma de relación laboral- programa- tipo de oferta institucional- tipo de demanda social- tipos de problemas sociales-

²⁵ Matriz de Datos: unidades de análisis, variables e indicadores, valores. Samaja, J (1994) *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires. Eudeba, parte III

institución empleadora inicial- institución(es) empleadora(s) subsiguiente(s) previa(s) a la actual.

-Variables relacionales: grado de adecuación oferta/demanda- frecuencia de interacción en la intervención- con quienes- tipo de interacción.

-Variables absolutas: edad- género- lugar de residencia- año de graduación- institución- título- duración de la carrera- postgrado- cantidad de empleos- antigüedad- funciones- tareas habituales- referencias teóricas actuales- grado de satisfacción laboral- causas de ello- el sentir ejerciendo la profesión- referencias teóricas iniciales- tareas en el inicio profesional- aspiraciones profesionales.

3-2.2 Diseño de la muestra de la encuesta

El universo de esta muestra está delimitado por el conjunto de los y las trabajadores sociales en actividad de la región La Plata, que comprende: casco urbano, delegaciones municipales adyacentes y Berisso, por ser el espacio geográfico en el que se asientan los siete hospitales públicos provinciales pertenecientes a la esfera del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Hospital San Martín, Hospital Rodolfo Rossi, Hospital Ricardo Larraín, Hospital Alejandro Korn, Hospital San Roque, Hospital Ricardo Gutiérrez, Hospital Sor María Ludovica.

3-2.3 Plan de análisis de los datos de la encuesta

-En la dirección del Valor: se procedió a clasificar y categorizar las respuestas obtenidas con respecto a las variables: género, edad, año de egreso, institución, título otorgante, postgrado, tipo de organismo empleador, trabajo docente, antigüedad, área de trabajo, tipo de tareas, objetivo de la intervención, auto-pregunta (qué se cuestiona acerca de su práctica), obstáculos, grado de coincidencia entre lo que la institución pide que haga y lo que hace, grado de satisfacción personal en sus intervenciones, grado de coincidencia respecto a advertir contradicción, sumisión o crítica a la institución.

-En la dirección de las Variables: aquí se pudo anticipar las operaciones de resumen de los valores de las variables en el nivel de anclaje. Dado que son magnitudes homogéneas, se aplicaron procedimientos cualitativos tales como promedios, porcentajes y tablas de frecuencia, mediante los cuales se concentraron y representaron los datos y las medidas estadísticas. Asimismo, por esta vía se previeron las tablas de cruzamiento de aquellas variables, que según el marco teórico y la hipótesis, pudieron manifestar alguna asociación de interés.

Se procedió a estudiar la asociación entre las siguientes variables:

-Edad y Egreso, en relación al modelo prestacional que imperaba cuando se recibieron y el modelo actual.

-Trabajo docente y Grado de satisfacción personal en sus intervenciones, en relación a si la docencia más la asistencia puede llegar a ser un satisfactor más y/o permitir un grado mayor de reflexión sobre la práctica.

-Antigüedad con año de egreso, en relación a nivel de experiencia; esto puede influir en la forma de leer a la institución, cómo se inserta en el contexto de su práctica, cómo la ejerce, qué la influencia y qué no.

Además, se consideró relevante estudiar las siguientes variables independientes:

-Tipo de tareas: se trata de una pregunta con respuesta abierta, por lo que se la consideró central para configurar el tipo de práctica que se ejerce en el campo de la salud.

-Objetivo de la intervención: si se presupone que las respuestas dadas en términos de prevención-promoción y asistencia podrían definir prácticas profesionales asociadas al modelo médico hegemónico, dicha variable puede señalar estilos medicalizantes o no, de acción dentro del campo.

-Auto-pregunta (qué se cuestiona acerca de su práctica): si las respuestas muestran cierto grado de autorreflexión permite inferir si, en el desarrollo de su práctica, el profesional se autocuestiona su desempeño y lo relaciona con su posición subjetiva (su génesis, la conformación de su identidad profesional) o si todos los problemas se depositan en el campo, o sea a nivel de la estructura.

-Grado de coincidencia entre lo que la institución le pide que haga y lo que hace: en esta variable, se presupone que el modelo médico hegemónico hace su trabajo de contención y preformación del estilo de práctica que asume el profesional como propio; resulta importante ver el nivel de sometimiento en relación al nivel de crítica al sistema.

-Grado de satisfacción personal en sus intervenciones: aquí se pondera la distancia existente entre la expectativa y la práctica concreta, permitiendo valorar también qué nivel de impregnación posee el profesional en relación al modelo médico hegemónico. Las respuestas negativas colocan pistas para determinar que el estar poco satisfecho con su trabajo no lo somete, logrando encontrar alternativas al modelo médico hegemónico, aunque todavía no las pueda asimilar dentro de su capital social.

-En la dirección de las Unidades de Análisis: por esta vía, suprimiendo, conservando y superando²⁶ se accedió a la síntesis de las variables en el nivel de anclaje para obtener las claves de comprensión del objeto global del estudio, en la forma de configuraciones de atributos, pautas o perfiles de la práctica de los trabajadores sociales en salud.

Se entiende por “perfil” a un tipo ideal que expresa un comportamiento homogéneo o una afectación análoga. En la triangulación metodológica se encontrarán las relaciones pertinentes entre dichos perfiles de prácticas y los procesos complejos de la medicalización, material específico devenido del análisis de contenido realizado de las entrevistas a los informantes clave.

3-3 Metodología utilizada para la entrevista

3-3.1 Objetivos del análisis de contenido

-Evaluar cómo se describen las prácticas hospitalarias desde la propia perspectiva del entrevistado.

²⁶ Movimiento hegeliano del *aufhebung*, de lo abstracto a lo concreto. Samaja, J (1996) *El lado oscuro de la razón*. Buenos Aires. Episteme (Cap. 3)

- Describir qué lenguaje utiliza para nombrar las tareas que realiza.
- Relacionar correspondencia entre lo que hacen los profesionales y los logros que obtuvo en la institución.
- Relacionar correspondencia entre lo que hacen los profesionales y los desafíos que encuentra para su trabajo en la institución.
- Describir qué orientaciones teóricas aparecen en las prácticas de los entrevistados.
- Describir sobre qué perspectiva de salud trabajan.
- Describir cuál es el grado de afectación por el proceso de medicalización en las prácticas que ejercen, desde la perspectiva del entrevistado.

3-3.2 Categorías y Variables teóricas

-Especificidad profesional: se relaciona con la construcción del perfil, que para una profesión es la descripción de competencias y capacidades requeridas para el desempeño de una ocupación, así como sus condiciones de desarrollo profesional. La especificidad está compuesta por la declaración de la competencia general, la descripción de unidades de competencia, las realizaciones profesionales y los criterios de realización o ejecución, independientemente del área profesional y/o ámbito de desempeño en el que desarrolle sus funciones. En la ley Federal de Trabajo Social²⁷ las competencias profesionales se describen en: 1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de políticas públicas. De planes, programas y proyectos sociales. De diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental. De proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales. 2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario. 3. Elaboración de informes

²⁷ Ley N° 27072, Ley Federal del Trabajo Social. Recuperado de: <http://www.boletinoficial.gov.ar>. Boletín N° 33035, 22 de diciembre de 2014.

sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales. 4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios. 5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico. 6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación. 7. Intervención profesional como agentes de salud. 8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y postgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales. 9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.

-Medicalización: la clave de este proceso está en su definición, de tal forma que un problema de índole no médica se define como problema médico, es descrito en lenguaje médico y se entiende a través de la adopción de un marco médico, ya que según como se defina un problema cambiará el marco de referencia para intervenir sobre él (Engelhardt 1995). Medicalizar significa transformar en médico un problema que no lo es, en términos de enfermedad y desorden; también se pueden medicalizar problemas médicos, esto es, enfermedades definidas. Sin embargo, una entidad considerada una enfermedad no es en sí misma un problema médico y para definirlo como tal se requiere de la interacción de agentes sociales activos. Por lo tanto, se trata de un problema más complejo que se relaciona con la interacción social. Puede adoptar tres modos: 1. Redefiniendo la percepción de profesionales y legos sobre algunos procesos caracterizados como enfermedades, incorporándolos a la mirada médica como entidades patológicas, abiertas a la intervención médica. 2. Marginando cualquier modo alternativo de resolver dolencias, tanto de terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el nacimiento a la muerte. 3. Reclamando la eficacia de la medicina científica y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican.

-Síntoma: Es un concepto que tiene su origen en la teoría social de Marx, “aquello que en lo real no funciona, vuelve como un síntoma” ²⁸ (p.65). Describe un componente esencial de un sistema cuya condición se sostiene en su antagonismo estructural, y ello deviene necesariamente en conflictos que se manifiestan bajo la forma sintomal. El síntoma es manifestación; indica, señala, muestra un cierto malestar. En su propia naturaleza se encuentra su contradicción: es producto de aquello que denuncia. Encierra su condición funcional como obstáculo; en su sentido radical denuncia la estructura de la que emerge. Es paradójal y antagónico, es un elemento particular que subvierte su propio fundamento, se expresa de múltiples maneras y en diferentes campos. En el campo del Trabajo Social en su forma asistencial, bajo la forma directa de intervención estatal, se encuentran los antecedentes del lugar sintomal que ocupa.²⁹ Es bajo la atención de la necesidad social, bajo la modalidad de su escucha, que el Estado debe ocuparse de los efectos que su propia estructura social produce. El Estado, expresión en el plano idealizado de la trama real de las relaciones de producción, irá dándole forma, acorde a sus propios intereses, al tratamiento del conflicto instaurado. El Trabajo Social irá ocupando un lugar marcado por las características de su surgimiento y por las vicisitudes de cada contexto donde desarrolle su práctica. Se instala en un lugar de mediación en relación, por un lado, con el Estado, y por el otro, con los problemas sociales. El rasgo principal del Estado es la sutileza con la que perpetúa su legitimación a partir del sometimiento del comportamiento de sus miembros al imperio de la ley. Para ello requiere reducirse al mínimo, haciendo respetar las leyes y desarrollando la cooperación para garantizar el bienestar general. Al estar comprometido la inconsciente, operará el mecanismo de la represión, con lo cual se compromete la defensa de ellos pero muestra, al mismo tiempo, su eficacia. Lo reprimido y la defensa dejan sus marcas de manera paradójal en la concreción del síntoma, siendo el conflicto consustancial con él. El síntoma es subjetivo y estructural y aparece, en su lado formal., la marca de su verdad. Lo que el sujeto dice de sí mismo, de manera consciente, será encubrimiento de aquello que, para emerger, debe vencer el plano de dicha forma inconsciente.

²⁸ López, A. (2008) El Trabajo Social en un síntoma del capitalismo. *Escenarios* Año II (4). 64 - 69.

²⁹ López, A. (2008) *ídem*

3-3.3 Esquema conceptual

Especificidad profesional - incumbencias y competencias profesionales - trayectoria individual- trayectoria institucional - tipo de práctica – tareas - relaciones con otras prácticas hospitalarias - adecuación entre objetivos de la práctica y logros/desafíos institucionales.

Medicalización - orientación teórica de la intervención profesional - perspectiva en salud - utilización de lenguaje específico del Trabajo Social en salud - incidencia de la medicalización en la práctica efectiva desde la perspectiva del entrevistado.

Síntoma - conocimiento de la ley de ejercicio profesional - manejo del código de ética profesional - aspectos diferenciales del ejercicio profesional en salud en relación con otros campos disciplinares - diferencias entre el desarrollo de la práctica profesional actual con respecto a diez años atrás - tipo de registro profesional que utiliza-

3-3.4 Conjeturas iniciales del análisis de contenido

-Es posible postular que, cuando el trabajador social ejerce su práctica bajo condiciones de alienación por el proceso de medicalización, olvida su propio reconocimiento inicial, desarrollando una especificidad profesional sintomática.

-Esto se observa en el desarrollo de prácticas empiristas, como un síntoma de la medicalización, con un abordaje casi exclusivo del caso individual, con un excesivo ajuste a la demanda institucional y con poco ejercicio de la interdisciplina.

-El discurso profesional, aliado a la restitución de derechos para con los usuarios-pacientes con los que trabaja, no resulta suficiente para alejarse del discurso institucional ni para lograr un cambio en las prácticas.

-El nivel discursivo y la práctica efectiva deben contener un alto grado de praxis social para poder superar este síntoma y evitar el riesgo de caer en prácticas instrumentales.

3-3.5 Universo y muestra

Todos los trabajadores sociales entrevistados pertenecen a la coordinación de los servicios sociales existentes en los hospitales públicos provinciales seleccionados para la muestra del estudio. Todos los casos poseen más de veinte años de ejercicio profesional en áreas asistenciales, combinado con tareas de supervisión y gestión administrativa del servicio que coordinan. El material recolectado fue analizado completo para lograr exhaustividad en la muestra. Resulta pertinente la elección del universo a los objetivos centrales del estudio, dado que forman parte de los perfiles descriptos en el capítulo 4 “Resultados” y que la confección de la entrevista contiene los aspectos teóricos desarrollados en el punto 3.7.3 de esta sección.

3-4 Resultados de la aplicación de la encuesta

Ingresaron al estudio 44 participantes. En base a la muestra seleccionada se obtuvo que, en relación al género, 9 de cada 10 profesionales encuestados son mujeres. Se trató de un universo conformado por profesionales jóvenes y de edad intermedia, comprendido por el grupo etario hasta 30 años y el grupo etario entre 31 y 40 años, lo que representa un porcentaje de 29,5%, para cada grupo. Entre 41 y 50 años, el 22,7%. Por último, los mayores de 50 años sólo fueron el 15,9%.

La mayoría de los trabajadores sociales se recibió en la universidad pública (92% sumados entre la UNLP y la UBA). En segundo lugar, están aquellos graduados de una institución privada o perteneciente a una congregación religiosa (8,11%).

8 de cada 10 trabajadores sociales posee título de Licenciado en Trabajo Social (79,5%), el 20% restante varían entre Asistente Social y Asistente Social y de Salud Pública.

Dado que se trata de una población joven, el 45,5% se graduó hace menos de 5 años. El resto de los encuestados lo hizo entre 10 y 15 años atrás -13,7% - con más de 15 años 17,12%.

Sólo 7 de los encuestados posee formación de postgrado, lo que representa un 3,08% de la muestra. Dicha formación se encuentra presente en los profesionales que poseen menos de 30 años y más de 50 años, o sea, en ambos extremos de la trayectoria profesional.

Respecto de la institución empleadora, el 45,5% de los encuestados trabaja en el sector público provincial, coincidiendo con la disposición geográfica de los hospitales seleccionados para la muestra. Una tercera parte -34,1% - lo hace en el sector público municipal asociado a la atención primaria de la salud. El resto de la población se reparte en valores del 13,6% y 2,8% entre el ámbito nacional y el privado.

El 70 % de los encuestados posee menos de 10 años en el cargo, coincidiendo nuevamente con la pirámide poblacional de la muestra, ya que se trata de profesionales jóvenes con menos de 10 años de egresado de la universidad. El 30% restante tiene entre 11 y 20 años o más.

Por último, el 84% de los encuestados realiza tareas asistenciales exclusivamente y sólo un 15% se desempeña como docente formador de otros trabajadores sociales.

Dado los resultados encontrados, fue posible establecer perfiles de trabajadores sociales relacionando por grupos de edad y entre las variables descriptas.

➤ Hasta 30 años de edad:

- Predomina la formación pública universitaria.
- El total son Licenciados en Trabajo Social.
- La mayoría cuenta con menos de 5 años de egresado.
- Sólo 2 encuestados de la muestra poseen nivel académico de postgrado.
- La mayoría trabaja en organismos públicos provinciales y municipales.

- Hace menos de 10 años que permanecen en el mismo cargo.
- Forman trabajadores sociales pero con una significación estadística menor.

➤ Entre 31 y 40 años de edad:

- Predomina la formación pública universitaria.
- El total de los encuestados son Licenciados en Trabajo Social.
- Se igualan en porcentaje respecto de aquellos profesionales que egresaron hace menos de 5 años y entre 5 y 10 años.
- Sólo 3 encuestados de la muestra posee nivel académico de postgrado.
- Hay dispersión entre las formas de empleo público nacional, provincial, municipal y privada.
- Hace menos de 10 años que permanece en el mismo cargo.
- Forman trabajadores sociales pero con una significancia estadística menor.

➤ Entre 41 y 50 años de edad:

- Predomina la formación pública universitaria.
- Hay mayoría de Licenciados en Trabajo Social; en menor medida, aunque significativo, con un 30% conviven los títulos Asistente Social y Asistente Social y de Salud Pública.
- La totalidad del grupo etario posee más de 15 años de egreso.
- Sólo 2 encuestados de la muestra poseen nivel académico de postgrado.
- Predomina su inclusión en las instituciones públicas provinciales.
- Se distribuye equitativamente una antigüedad en el cargo menor a 10 años, entre 11 y 20 años y más de 20 años.
- El 30% de los encuestados posee la tarea docente como adicional a la tarea asistencial. Esto representa el grupo etario con mayor dedicación a dicha práctica en relación con el resto de los grupos.

➤ Más de 50 años:

- Predomina la formación terciaria asociada con propuestas académicas organizadas desde una entidad religiosa.
- La mayoría posee título de Asistente Social, de origen terciario.
- La mayoría se graduó hace más de 20 años, pero distribuye significativamente profesionales egresados comprendidos en el rango entre 5 y 10 años.
- Ninguno de los encuestados posee título académico de postgrado.
- La mayoría se distribuye entre empleos de la jurisdicción provincial y municipal.
- Se distribuye equitativamente una antigüedad en el cargo menor a 10 años, entre 11 y 20 años y más de 20 años.
- Se registra una ausencia total de la actividad docente como actividad profesional.

Por otro lado, se procedió a analizar la siguiente asociación entre variables, por el interés epistemológico que transmitieron al obtener las respuestas de los encuestados, en relación con el objeto de estudio:

-Edad-Egreso: en los jóvenes profesionales, entre 30 y 40 años de edad, predomina la formación en la universidad pública -59,9%-. También ha sido una elección entre los profesionales que tienen entre 41 y 50 años -22,7%-. Con más de 50 años, el 15,09% optó por formación en instituciones con una determinada dependencia religiosa.

-Trabajo docente- Grado de satisfacción personal respecto de la tarea: entre 30 y 40 años, un 29,5% realiza tareas docentes formando a otros trabajadores sociales; en el grupo comprendido entre 41 y 50 años, lo realizan el 22,7% y con más de 50 años sólo el 15%. El 50 % de la muestra dice estar poco satisfecho con lo que hace, el 43% dice estarlo bastante y un 6,8% no contesta a la pregunta.

-Antigüedad en el cargo- Año de egreso: la relación que surge entre ambas variables es que, a menor distancia de egreso del grado, mayor cantidad de profesionales que ejercen menor

antigüedad en el cargo. Menos de 10 años de egreso, 70,5% con menos de 10 años de antigüedad. Entre 11 y 20 años de egreso, 11,4% con ese promedio de antigüedad y con más de 20 años de egreso, el 13,6% hace más de 20 años que ejerce la profesión.

-Tipo de tarea: esta variable se discriminó entre Tareas 1, 2 y 3 para evaluar qué grado de importancia se les otorgaba a las tareas realizadas.

En Tareas 1: se encontró que: el 31,8% de los encuestados asesoran, acompañan y ejecutan programas, el 25% entrevistan, el 9,1% realiza admisiones y supervisa, el 6,9% realiza tareas de admisión, extenuación y seguimientos y el 6,8% gestiona.

En Tareas 2: el 18,2% gestiona, el 11,3% realiza tareas de admisión, extenuación y seguimientos. El 10,1% de los encuestados no pudo contestar a la pregunta.

En Tareas 3: el 11,4% realiza tareas de admisión, extenuación y seguimientos; el mismo porcentaje articula su tarea con otras instituciones, el 9,1% realiza tareas de capacitación, el 6,8% gestiona, en tanto que la coordinación de talleres arrojó el mismo porcentaje.

-Objetivo de la intervención: de la nómina de opciones posibles, arrojó mayor porcentaje la inclusión social asociada a la accesibilidad, con un 25%; le sigue en importancia la restitución de derechos; que obtuvo un 13,6%; mejorar la calidad de vida de los usuarios, un 15,1%, compartiendo porcentaje con prevenir y promocionar la salud. Incrementar la participación de los usuarios en la política pública, un 9,1%.

-Auto-preguntas que se formula el profesional frente a la práctica: El 20% de la muestra se pregunta acerca del impacto/utilidad que reviste su quehacer profesional. El 15,9% lo puede hacer respecto de auto-reflexionar sobre ello. El 9,1% se pregunta acerca de los aspectos políticos e ideológicos de su práctica. El 6,8% se pregunta acerca de la ética, compartiendo el mismo porcentaje con aquellos profesionales que no se cuestiona por nada. Por último, el 4,5% de los encuestados se pregunta acerca de su especificidad disciplinar.

-Grado de coincidencia entre lo que la institución le pide que haga y lo que hace: el 54,5% dice que su práctica se acerca parcialmente a lo que le demanda la institución. El 29,5%

encuentra que su práctica es muy coincidente con lo que la institución le pide que haga y un 6,8% dice que ambos aspectos se acercan poco en el desarrollo de su práctica. Un 9,1% no responde a la pregunta.

-Obstáculos: El 22,7% refleja su obstáculo en la carencia del trabajo en equipo, en la coordinación con otros profesionales o instituciones y/ o en el abordaje interdisciplinar. Un 13% lo adjudica a la falta de presupuesto. El 11,4% refiere que su obstáculo está presente en el modo en que se ejecutan las políticas sociales. El 9% plantea que su obstáculo está en la burocracia institucional. Mismo porcentaje presentan las disputas políticas y la ideología que las sustentan. La falta de colaboración institucional para llevar adelante la tarea arroja un 6,8%. Un 4,5% plantea que su obstáculo está en el modelo médico hegemónico.

-Grado de satisfacción personal en las intervenciones: un 50% considera que logra un nivel de satisfacción medianamente aceptable al ejercer su práctica. El 43,2% refiere que logra un nivel alto o bastante alto de satisfacción y sólo el 1,9% encuentra imposible lograr algún tipo de satisfacción.

3-5 Resultados del análisis de contenido de las entrevistas

3-5.1 Unidades de registro

Se realizaron segmentos de contenido por tema, se transcribieron los enunciados relativos a las categorías descriptas para cada tema, en unidades de registro.

Variable: Especificidad profesional (nominal)
Dimensión Trabajadores Sociales
Categorías: 1. Incumbencias profesionales en salud 2. Relaciones con otras prácticas profesionales hospitalarias 3. Logros de la práctica actual 4. Desafíos de la práctica actual
Unidades de registro
1."abordaje integral"- "dimensión social"- "proceso de atención de la salud"- "calidad de vida"- "proceso de intervención en etapas"- "diagnóstico"- "estrategias"- "seguimiento"- "supervisión"- "evaluación"- "gestión"- "coordinación"- "tareas asistenciales"- "interconsultas"- "planificación"- "acompañamiento"- "tareas administrativas"- "entrevistas"- "pases de sala"- "entrevista domiciliaria"- "instructora"- "referente de prácticas pre profesionales"- "articulación"
2."participación en Comités"- "participación en área de coordinación hospitalarias"- "participación en equipos interdisciplinarios"- "participación en programas ministeriales"
3. "autonomía"- "autodeterminación"- "estructura del Servicio"- "reconocimiento"- "jerarquización"- "supresión de tareas administrativas"- "sistematización"- "estadísticas"- "valoración de la disciplina"- "mejoramiento de la oferta profesional"- "aumento de la Interconsulta"- "creación de dispositivos de prevención y acompañamiento"
4."derecho de la salud como integral"- "participación de lo social en la alta complejidad"- "sostén de la calidad de la oferta profesional"- "auto-vigilancia del conocimiento y la praxis"- "objeción a la inercia de lo universal en las prácticas"- "ser informante clave para la gestión de las políticas públicas del Estado"

Variable: Medicalización (nominal)
Dimensión Trabajadores Sociales
Categorías: 1.Orientación teórica del Trabajador Social 2. Perspectiva en Salud 3. Utilización de lenguaje específico del Trabajo Social
Unidades de registro
1."historicidad"- "derechos"- "formación sistémica"- "visión pragmática"- "resolución de conflictos"- "político/Institucional"- "Trabajo Social crítico"- NC
2."prevención"- "salud con dimensión social"- "abordaje complejo"- "otras miradas no biologicistas"- "salud como proceso dinámico"- "interjuego entre procesos sociales y biológicos"- NC
3. "alta complejidad"- "consulta"- "internación"- "pase de sala"- "diagnóstico"- "interconsulta"- "interdisciplina"- "estudios"- "evolución"- "pronóstico"- "prevención"- "pautas de alarma"- "alta"- "historicidad"- "apego"- "vínculos"- "relación"- "corresponsabilidad"- "derechos humanos"- "responsabilización"- "organización familiar"- "familia"- "demanda"- "redes"- "niñez"- "intersectorialidad"- "contrarreferencia"- "intervención"- "sujeto de derechos"- "mediación"- "entrevistas"- "articulación"- "coordinación"- "priorización"- "familia multiproblemática"- "no continentes"- "familias ensambladas"- "escaso nivel de alerta"- "falta de límites"- "autonomía del sujeto"- "historia de vida"- "proceso salud-enfermedad-atención"- "accesibilidad"- "redes"

Variable: Síntoma (variable nominal)
Dimensión Trabajadores Sociales
Categorías: 1. Diferencias con otros campos disciplinares 2. Diferencias entre la práctica actual y diez años antes 3. Existencia de registro profesional específico.
Unidades de registro
1."diversidad"- "trabajo social no estereotipado"- "rol no asignado"- "construcción permanente"- "jerarquización delos servicios"- "participación en interdisciplina"- "reducción de tareas administrativas"- "registro y sistematización de actividades"- "nivel de autonomía y autodeterminación"- "situar la intervención con el tercer nivel de atención"- "contrarreferencia"- "incorporar la condiciones de vida como determinantes de la salud"- "accesibilidad como encuentro entre los usuarios y los servicios"
2."participación en espacios interdisciplinarios"- "realización de jornadas propias"- "intervenciones grupales y comunitarias"- "posicionamiento del servicio"- "lugar dentro del hospital"- "reconocimiento de un saber específico"- "mayor accesibilidad a derechos"- "autonomía"- "des-burocratización"
3. "fichas"- "legajos sociales"- "planilla estadística diaria"- "historia social"- "informe social"- "historia clínica"- "encuesta socio-económica"

3-5.2 Codificación: frecuencia, intensidad y contingencia

✓ Medidas de frecuencia para la variable Especificidad profesional:

Seguimiento: +2 Supervisión: +3 Gestión: +2 Coordinación: +3 Tareas asistenciales: +4
Interconsulta: +2 Pases de sala: +3 Participación en Comités: +4 Estructura del Servicio Social: +2 Jerarquización: +4

✓ Medidas de frecuencia para la variable Medicalización:

Derechos: +4 Visión pragmática: +2 Salud con dimensión social: +2 Historicidad: +2
Entrevistas: +2

✓ Medidas de frecuencia para la variable Síntoma:

Posicionamiento del Servicio Social: +2 Reconocimiento del saber específico: +2 Fichas sociales: +4 Historia Clínica: +2 Encuesta socio-económica: +2

✓ Medidas de Intensidad para la variable Especificidad profesional:

1. Las tareas asistenciales surgen como centrales para la construcción de la especificidad profesional en salud. La Interconsulta y los pases de sala forman parte de la tarea hospitalaria propia de la profesión.
2. La coordinación, la gestión y la supervisión complementan la tarea asistencial.
3. La participación en los diversos Comités hospitalarios refuerza la presencia de la disciplina en la institución.
4. La estructura obtenida por el Trabajo Social bajo la categoría de Servicio hospitalario jerarquiza la profesión, otorgándole identidad propia, física y funcional.

✓ Medidas de Intensidad para la variable Medicalización:

1. Trabajar por los derechos es una perspectiva genérica para el campo de la salud
2. El desarrollo de entrevistas no asegura un rol específico para la profesión del Trabajo Social
3. Una perspectiva de salud que recupere la dimensión social de la enfermedad a través de la inclusión de la historicidad no es suficiente.
4. Una visión pragmática de la profesión facilita la inclusión de la disciplina en procesos de medicalización.

✓ Medidas de Intensidad para la variable Síntoma:

1. El posicionamiento y la jerarquización del Servicio Social no asegura prácticas no alienadas.
2. El uso de fichas sociales y de encuestas socio-económicas representan el rol esperado del Trabajo Social en las instituciones hospitalarias.
3. Reconocer la historia clínica como instrumento específico de la profesión aumenta el riesgo de medicalización.

✓ Medidas de contingencia

1. Los determinantes sociales de la salud se encuentran presentes en las tres variables analizadas.

2. La autonomía o autodeterminación define la especificidad profesional dentro de la disciplina y se relaciona con otras profesiones hospitalarias.
3. La estructura física-funcional de los servicios es entendida como básica para adquirir especificidad dentro de la estructura hospitalaria, previniendo el riesgo de la medicalización.
4. La sistematización de la práctica bajo cualquier forma asegura el desarrollo de roles propios, evita la medicalización o el riesgo de caer en identidades atribuidas o sintomáticas.

CAPITULO IV

ANALISIS

4-1 Generalidades

Se trató de una muestra homogénea tanto en el análisis cuantitativo como cualitativo, ya que compartieron las mismas características de la clase trabajadores sociales que ejercen su práctica en salud respecto de grupo etario, procedencia académica, título, nivel de grado alcanzado, tipo de institución que los empleaba, y objetivos profesionales. Todos ellos se encuentran dentro de la ley de ejercicio profesional según las tareas que realizan, todos comparten el título de Licenciado en Trabajo Social, aspecto que también guarda relación con el porcentaje acumulado de personas que optan por la educación universitaria pública. Esto los convierte, además, en población analizable respecto de su percepción para con el modelo institucional en el que ejercen su práctica.

Ya se corroboró, por frecuencia estadística, que la población del estudio se encuentra formada por un grupo mayoritario de profesionales jóvenes y con el mismo peso estadístico, por profesionales de edad intermedia-madura. Este rasgo poblacional asociado al año de egreso, entendido como el tiempo acumulado de ejercicio profesional desde la graduación hasta la actualidad en la carrera de grado, muestra la necesidad de considerar sus respuestas a partir del arribo al ejercicio profesional o a la madurez de él es decir, en los extremos de la muestra. El nivel de experiencia profesional para este grupo de población no sobrepasa en promedio los 10 años de antigüedad o los supera con mucha distancia, entre 15 y 20 años. Es de esperar que, en los profesionales recién llegados a la vida profesional, éste sea un obstáculo para considerar en qué medida pueden analizar la influencia del tipo de estructura institucional con la demanda que se les hace en su práctica diaria. Por el contrario, para el grupo de mayor antigüedad en servicio esto puede ser una ventaja, si sirve para determinar posiciones críticas respecto del modelo prestacional en el que sus prácticas se incluyen, o para redefinir la demanda inicial en función de la efectiva demanda que

escuchan de sus usuarios-pacientes. Es probable que dicha práctica estratégica aumente, cuanto más distancia haya entre el año de egreso del grado académico y el mayor porcentaje acumulado de antigüedad en su práctica.

En el mismo sentido, si se analiza la presencia de la práctica docente como un satisfactor frente a la tarea asistencial, se puede inferir que la escasez de la primera situación no habilita espacios de reflexión respecto de la práctica asistencial y que, por el contrario, al desarrollar la población del estudio sólo actividad asistencial, posee una cuota considerable de insatisfacción por la reproducción mecánica e incesante de la misma. Al tratarse de una muestra de profesionales relativamente recién iniciados en la profesión, este aspecto podría inducirlos a formar identidades alienadas por el excesivo ajuste a la demanda, con poco espacio para la autocrítica y, por consiguiente, con pocos procesos de auto-reflexión que conlleven a una práctica constructiva. En el otro extremo de la muestra se han encontrado posturas que no presentan una posición tomada al respecto, por ejemplo, al no contestar las preguntas relacionadas con esta variable, o posiciones con actitudes inconciliables con la estructura académica.

Algunas variables independientes adquirieron valor en sí mismas a partir de los resultados obtenidos. A continuación se detallan las proposiciones teóricas derivadas del análisis de las mismas:

-Tipo de Tarea: refleja el ejercicio efectivo de la práctica profesional en el campo de la salud. Al ser una variable discriminada en Tareas 1, Tareas 2 y Tareas 3, buscó qué grado de prioridad le otorgaban los profesionales a cada una de ellas, según el lugar en el que se haya colocado la respuesta.

En la variable Tareas 1 se obtuvo que la entrevista, el asesoramiento y la ejecución de programas son las tareas de mayor incidencia, con independencia del grupo etario, lo que ligaría a la profesión con el rol clásico esperado para este campo de acción, asociado a la intervención profesional de caso y a la gestión de recursos. Cabe recordar aquí que la mayoría de los programas asistenciales se implementan a partir del gerenciamiento terminal de política pública y que esto, en la Argentina, se realiza casi exclusivamente por medio de la administración de recursos asistenciales provinciales o nacionales. Los hospitales

públicos de la muestra son, en su mayoría, instituciones descentralizadas donde se reproducen los programas definidos a nivel central.³⁰

En la variable Tareas 2 se mantuvo un alto porcentaje de tareas asistenciales, pero se registró la descripción de otras actividades que, aunque ligadas a las destacadas en Tareas 1, lograron desprenderse de una lógica inmediatesta de trabajo. Aún con poco peso estadístico, los entrevistados refirieron articular sus intervenciones con otras instituciones, realizar tareas comunitarias, lo que les exige salir de la institución, realizar coordinaciones de talleres con usuarios-pacientes, práctica poco frecuente entre las tareas del Trabajo Social hospitalario. Se consignó el ítem capacitación con un porcentaje menor al diez por ciento de las respuestas, siendo la primera vez que se lo colocó como opción de tarea. Éste fue mayoritario en el grupo etario hasta 30 años de edad.

En la variable Tareas 3 hubo un elevado porcentaje de profesionales que no contestaron, alrededor del veinte por ciento, lo que podría inferir respecto a que, contestar por una o dos actividades, les resultó suficiente para definir su rol profesional. Persistieron similares porcentajes para articulación con otras instituciones y gestiones. Llama la atención que casi la mitad de los profesionales encuestados realiza tareas inespecíficas, no sabe lo que hace o no contesta ningún opción.

-Objetivo de la intervención: esta variable apuntó a discriminar cuál es el sentido de la práctica del Trabajo Social en el campo de la salud. Todas las opciones de respuesta arrojaron valores con poco peso estadístico, siendo menores al diez por ciento. Las opciones de valor, inclusión social/accesibilidad y restitución de derechos vulnerados compartieron un porcentaje por encima del diez por ciento. Igual estimación correspondió para aquellos objetivos asociados a mejorar la calidad de vida de los usuarios-pacientes. En tercer lugar, se encontró que los objetivos profesionales prevención y promoción de la salud arrojaron un porcentaje acumulado para ambos valores, también superior al diez por ciento. Por último, y en coincidencia con la variable tipo de tarea, más del diez por ciento de los profesionales no pudo relacionar lo que hace con algún objetivo profesional.

³⁰ Al respecto, ver análisis de la estructura hospitalaria de la década del 90 y modelo prestacional actual por cuidados progresivos en donde se mantiene dicha línea de acción. Cap. 2 de esta Tesis

-Auto-preguntas que se formula el profesional frente a la práctica: En esta variable, se analizó qué preguntas se hace el profesional a sí mismo acerca de su práctica. Tuvo por objetivo explorar si existe un ejercicio de reflexión mientras desarrollan su práctica y si pueden discriminar diversas dimensiones sobre la misma, compartiendo un mismo escenario institucional de práctica. Las opciones de respuesta a la pregunta abrió un abanico de posibilidades que mostró algunas dimensiones de la práctica que generan reflexión, encontrando tres tipos: el primer tipo de respuestas incluyen reflexiones sobre política, ideología y ética, que representan menos del cincuenta por ciento de los encuestados. El segundo tipo de respuestas incluyen un análisis respecto de la eficacia y el impacto/utilidad de la práctica realizada, con un resultado similar al primer grupo y, en el tercer tipo de respuestas, se encuentran aquellas que fueron capaces de analizar el dilema de la especificidad disciplinar como un tema exclusivo de reflexión profesional para un mejor ejercicio de la práctica, pero que arrojó un porcentaje que no superó el diez por ciento.

-Grado de coincidencia entre lo que la institución le pide que haga y lo que hace: Más de la mitad de la población del estudio manifestó encontrar una parcial coincidencia entre lo que se le pide que haga y lo que hace, un treinta por ciento planteó que hay mucha coincidencia entre ambas instancias, y menos del diez por ciento cree que no hay ningún tipo de coincidencia entre lo que le piden que haga y lo que hace. En este aspecto, resulta importante considerar que los dos primeros porcentajes reflejan grados de coincidencia aceptables con la institución, lo que podría verificar que estos profesionales se encuentran a gusto con la demanda que la institución les hace o que poseen un alto grado de medicalización en sus prácticas, lo que no permite generar espacios de autocrítica, ni tomar posiciones negativas al respecto. Si esto se relaciona con el poco peso estadístico que arrojaron las preguntas por la reflexión fuera de la tarea misma, o por la posibilidad de preguntarse acerca de la especificidad disciplinar, el segundo aspecto parece más relevante.

-Obstáculos de la intervención: Se tipificaron los obstáculos en los de origen institucional, los de origen propio de la profesión y otros, de lo que se observa que la mayoría de los profesionales adjudica el origen de sus obstáculos al primer tipo; en segundo lugar, al ejercicio propio de la profesión, y un porcentaje menor a otras razones no especificadas. Este aspecto resulta llamativo respecto de la variable “obstáculos”, ya que su existencia no

podría corresponderse con alto grado de coincidencia con lo que la institución les pide que hagan y su práctica efectiva.

Con los obstáculos asociados a problemas inherentes a su profesión, se observa en estos profesionales una posición al menos contradictoria, debido a que son ellos mismos los que encuentran poca distancia entre sus objetivos profesionales y los de la institución, logrando prácticas satisfactorias.

-Grado de satisfacción personal en las intervenciones: en relación con los aspectos considerados con anterioridad, esta variable confirmaría que entre los trabajadores sociales que ejercen su práctica en salud hay poco nivel de crítica, ya que encuentran obstáculos institucionales pero reconocen un nivel aceptable de satisfacción en su práctica. La mitad de ellos evaluó su satisfacción personal como medianamente aceptable y casi la otra mitad de los profesionales la consideró muy alta. Nuevamente podría inferirse que el proceso de medicalización se encuentra presente, velando la posibilidad de la crítica.

De los resultados obtenidos es posible inferir que, a menor distancia entre egreso y práctica, mayor porcentaje de tareas ligadas con un ejercicio profesional sesgado por prácticas que tienen como objetivo realizar la tarea misma. Esto definiría un rol asociado a prácticas empiristas con poco espacio para la reflexión, donde se acepta la demanda institucional o del usuario-paciente sin cuestionamientos. De cumplirse dicha condición, estaríamos frente a un rol clásico o esperable dentro de las instituciones de salud, donde la tarea de entrevistar o asesorar al usuario-paciente o a otros profesionales de la salud define un trabajo sobre el caso individual. Esta situación podría también relacionarse con la posibilidad de que el profesional con pocos años de ejercicio efectivo se encuentre determinado por lo que aprendió en la academia, con poco entrenamiento para el análisis de la realidad institucional en la que se inserta, lo que no permite la autorreflexión necesaria entre ambas condiciones para ejercer su práctica.

Este aspecto reviste importancia para este estudio, dado que demuestra que en las instituciones de salud existen actualmente más trabajadores sociales con pocos años de experiencia que profesionales maduros, lo que resulta en un insumo empírico central para reflexionar acerca de la construcción de la especificidad disciplinar en dicho escenario. Del relevamiento surge que la mayoría de los trabajadores sociales definen su práctica asociada

a la gestión, con una perspectiva individual de abordaje, y un alto porcentaje de tareas inespecíficas; esto limita la posibilidad de la construcción de una especificidad profesional clara.

4-2 Respetto del decir de los profesionales acerca del contexto de su práctica

Todos los Trabajadores Sociales denominaron en forma unánime “tareas asistenciales” a las tareas que realizan dentro de los hospitales, en clara coincidencia con el modelo médico donde se “asiste” a las personas enfermas. La acción de asistir en salud está arraigada fuertemente con las instituciones clásicas que brindan salud, como son los hospitales públicos. Como modelo prestacional de servicios atraviesa la tarea hospitalaria desde sus orígenes, siglos XVII-XVIII, con la conformación de los primeros hospicios en Inglaterra y Francia (Foucault 2008), y hoy es considerada como el fin en sí mismo de cualquier tipo de oferta institucional.

En todos los casos se menciona la gestión unida a la atención, como si fuera su homólogo. En este aspecto, se requirió indagar qué comprendía la gestión. En algunos casos, se diferencia de la gestión de recursos por su relación con la organización del Servicio Social como espacio laboral. En otros casos, se evidenció la unión que tenía el concepto con la gestión de recursos mediante la ejecución de diversas políticas públicas en salud, traducidas en programas específicos de atención de patologías particulares.

En general, no se encontró discrepancia con las respuestas obtenidas de la encuesta, donde la gestión de recursos obtuvo uno de los mayores porcentajes cuando se preguntaba acerca de la tarea que se realiza como Trabajador Social. Con la instrumentación de la entrevista, este aspecto pudo ser relevado en particular y en profundidad, dando elementos para descomponer el concepto gestión en actividades específicas (diligenciamiento de recursos económicos para efectivizar altas hospitalarias, compra de medicamentos, obtención de equipamiento médico, traslados en ambulancia).

Llama la atención que los entrevistados califiquen como tareas sociales a aquellas que han sido identificadas tradicionalmente como médicas, como los pases de sala en la internación,

lo que sugiere una internalización del paradigma médico por parte de disciplinas que tienen un origen en las ciencias humanas o sociales. Este aspecto es un determinante para evaluar la naturaleza sintomal que fue adquiriendo la profesión, a medida que se instalaba dentro de las instituciones de salud.

Los entrevistados señalan como tareas específicas de la profesión: la entrevista al inicio, durante el proceso y al finalizar la atención del paciente, la participación en pases de sala de internación, y la coordinación interinstitucional, sobre todo para aquellos hospitales de alta complejidad o tercer nivel de atención, lo cual caracteriza a la institución donde trabajan todos los casos entrevistados.

No aparece la tarea de asesoramiento como un rol destacado dentro de las tareas del Trabajador Social para este grupo de entrevistados, a pesar de que en la encuesta se evidenció en segundo lugar como lo más contestado.

Todos los entrevistados coinciden en que existe un lenguaje específico para identificar la intervención social en salud. Resulta interesante ver que, cuando se alcanza un nivel de análisis conceptual sobre el mismo, surge nuevamente la dominación de palabras médicas hacia el espacio de prácticas sociales.

En todos los entrevistados se identificaron los siguientes términos, que se repitieron con mayor frecuencia y que fueron enumerados primeramente en el relato de las respuestas: consulta, internación, pases de sala, diagnóstico, interconsulta, estudios, evolución, pronóstico, prevención, pautas de alarma, alta, escaso nivel de alerta, accesibilidad, proceso salud-enfermedad-atención, demanda, redes, intersectorialidad, contrarreferencia, entrevistas.

Con menos frecuencia se encontraron los siguientes términos: historicidad, vínculos, familia, organización familiar, interdisciplina, intervención, sujeto de derechos, familia multiproblemática, familia ensamblada.

Es evidente que las referencias conceptuales del Trabajo Social quedan conformadas dentro de la lógica de la medicalización, y que esto es lo que guía la intervención profesional. La sumisión a la lógica médica les confiere su lenguaje para que, en el uso habitual e inconsciente de él, se sientan cada vez más incluidos en el sistema. El escaso peso específico de los términos de uso particular de las disciplinas del campo de lo social

muestra una correlación de fuerzas, al menos dispar, entre ambos contextos, el médico y el social, donde este último adquiere legitimación a partir de la absorción de la lógica médica que, como estructura formal, aparenta contener a lo social. Esto no permite un entrecruzamiento horizontal entre ambos campos del saber, replicando líneas invisibles de poder o hegemonía, sujetando inconscientemente al profesional a prácticas medicalizadas, proceso que a veces se muestra generado desde el propio campo de saber no médico.

A pesar de ello, se evidenciaron algunos intentos por señalar procesos de autonomía y autodeterminación en el ejercicio profesional, indicando que la jerarquización del Trabajo Social se relacionaba con la posibilidad de insertar al Servicio Social con el mismo rango de jerarquía institucional que otros servicios médicos. Dicho aspecto resultó en la condición suficiente para poder desarrollar un Trabajo Social no estereotipado, por la vía de la construcción permanente del rol, evaluando conscientemente cuáles son las coordenadas institucionales donde se ejerce la profesión. Cabe preguntar aquí cuál sería el concepto de autonomía desde el cual se realizan estas consideraciones, tomando en cuenta el análisis de las unidades de registro anteriormente analizadas. Es probable que los profesionales sientan que adquieren un grado de independencia aceptable, a partir del reconocimiento de estructuras orgánico-funcionales para el Trabajo Social dentro de los hospitales, aunque ello en lo real sólo muestre la estructura, el lado formal, perdiendo de vista cuáles han sido las condiciones históricas concretas y necesarias que los han llevado a ocupar el lugar actual. Podría inferirse que se ha adquirido autonomía a partir de una dependencia sutil de la lógica médica, que ha adoptado necesariamente, a lo largo de su historia, diversos grados de espacio social dentro de la atención de los pacientes, pero que esto no indique un concepto de autonomía donde se homologue el ejercicio profesional, al menos a procesos de autodeterminación, donde lo específico del Trabajo Social rompa en lo real con la hegemonía médica. En el mismo sentido, se expresa como un desafío a lograr, la necesidad de permanecer en la institución a partir de pertenecer como modo de legitimación profesional; dicha actitud nuevamente reproduce el síntoma.

Los entrevistados reservan el campo de los derechos en relación con la producción de salud, como un ámbito del cual el Trabajo Social se ocupa específicamente, y por el cual ha adquirido un espacio propio de acción. Paradójicamente, en ello se destaca nuevamente un

apego a la estructura, ya que trabajar por los derechos se ha mencionado anteriormente como el discurso político-institucional que han adquirido todas las esferas de atención de la salud en la actualidad.

La revisión de conceptos, la crítica a la universalización de la práctica hospitalaria, el rechazo a la inercia -lo que para los entrevistados homologa el quehacer profesional con posturas paramédicas-, se repiten como elementos a tener en cuenta para llevar a la práctica profesional a un nivel de jerarquización más alto, lo que implica, además, promover ámbitos de autonomía cada vez mayores. A pesar de que en este aspecto puede observarse una vía alternativa de superación, el logro de objetivos y la presencia de desafíos no aparecen con un peso significativo. En los objetivos, se marcan condiciones de materialidad externa que deben concretarse para que el Trabajo Social sea reconocido en la institución, mientras que en el terreno de los desafíos aparece la autorreflexión, pero como una crítica hacia el interior de los profesionales, casi como una cuestión personal, no involucrando nada del sistema en ese acto “consciente” de repensar la práctica de manera permanente durante la propia acción.

Se observa aquí una escisión entre la estructura institucional y el sujeto profesional como producto de su autorreflexión, por lo que cabe realizar la pregunta acerca de si es posible separar ambas dimensiones en la intervención social.

Respecto de la orientación teórica que posee la intervención profesional, aspecto relacionado con la categoría anterior, se evidencia una diversidad de respuestas que no se produjo en el resto de las categorías hasta ahora trabajadas. En la mayoría de los casos entrevistados, no se logró obtener referencia a algún marco teórico que guíe su acción profesional. Otros definen su orientación teórica como pragmática, lo que puede traducirse en practicista, ya que no mencionan propuestas teóricas definidas por un cuerpo organizado de teorías como, por ejemplo, la propuesta pragmática de Pierce (Vallejos, 1999). Junto con ello se hace referencia a la apelación indiscriminada de varias teorías, las que pueden explicar un grupo de fenómenos, como caja de herramientas disponibles (no a la manera de Foucault). Este eclecticismo se revela como auto-justificado por la variación de los problemas a abordar, pero hay ausencia de referencia a dimensiones sociales al menos complejas, las que podrían aceptar en principio la apelación a más de un cuerpo teórico

para la explicación de un fenómeno. Por último, un solo entrevistado definió que trabajaba bajo la orientación de la teoría crítica, pero no logró delimitar qué implicaba dicho concepto. Ninguno de los entrevistados pudo dar cuenta de autores de referencia para su labor profesional, aspecto que también se destacó en la implementación de la encuesta.

En relación con la perspectiva en salud que trabajan desde sus prácticas, todos los entrevistados combinaron la salud con los derechos, y derivaron de ello la necesidad de abrirse a concepciones multidimensionales o complejas, considerando que la salud es intrínsecamente un proceso dinámico. Sin embargo, no se define al concepto que precede a tales ideas. Se podría inferir aquí que hablar de derechos, complejidad, multidimensión y dinámica de los procesos de salud deviene en perspectivas teóricas no correspondidas con el modelo biologista vigente y que, por lo tanto, apuestan a teorías alternativas, pero esta apreciación no puede corroborarse con los datos obtenidos.

Es significativa la ausencia y la consecuente falta de adherencia a algún modelo teórico para pensar el campo; ya se ha remarcado la historia de la salud, el desarrollo de la medicina y la crítica de la salud pública al menos para Latinoamérica (ver capítulo 1).

De todo lo analizado surge una elevada incidencia de la medicalización en el desarrollo de la práctica efectiva, aspecto además respondido unánimemente por todos los entrevistados, señalando asimismo que, por el hecho de tratarse de hospitales de alta complejidad *“es más visible y afecta la autonomía y /o autodeterminación de las personas en la atención de su salud”*³¹. Reconocen la dominancia de este proceso en el Trabajo Social pero, a la vez, se develan críticos en el trabajo diario, al advertir que pueden ser absorbidos por dicho síntoma cuando se enfrentan cara a cara en la atención de los usuarios-pacientes. Son conscientes de que el proceso de medicalización lleva a responder a formatos instituidos, lo que muchas veces hace fracasar la intervención profesional. Sin embargo, rescatan nuevamente que trabajar por los derechos de los usuarios/pacientes ejercita a los profesionales para no caer en sus influencias. A pesar de que estas reflexiones resultan propicias para la discusión del modelo de medicalización, no se observa correspondencia con las tareas concretas. En este aspecto ya se analizó que, nombrar la tarea profesional del

³¹ Entrevistado N° 5

Trabajador Social con conceptos adquiridos desde la medicina, no es un aspecto formal sino que devela el lado real del ejercicio profesional.

A pesar de ello, se considera promisorio que puedan advertir que el proceso de medicalización está inserto en los hospitales, independientemente del modelo prestacional que presenten en sus discursos y que, en el ejercicio reflexivo de su práctica, están las condiciones para superarlo.

4-3 Respecto del decir acerca de su práctica hospitalaria

La variable “Objetivos de la intervención” discriminó respecto del sentido que los trabajadores sociales le otorgaban a su práctica en el campo de la salud. Cabe aclarar que ninguna opción de respuesta superó el diez por ciento en los encuestados, lo que hace inferir la dificultad de discriminar lo que se hace (la tarea en sí) de porqué se lo hace (el objetivo de la tarea o el para sí).

Las opciones inclusión social/accesibilidad, restituir derechos vulnerados y mejorar la calidad de vida sobresalen, aunque con el mismo peso estadístico que el resto de las opciones. En dicho valores se pueden encontrar objetivos sociales específicos para el campo, asociados al trabajo por la restitución de la salud, lo que podría sugerir que se trata de aquellos objetivos propios de la acción social dentro del campo sanitario y patrimonio de la práctica exclusiva del Trabajo Social. Ésto dentro de los límites que la institución modela desde la proceso de medicalización de la salud, ya que la acción de restituir encuentra un lugar de mediación entre el curar médico y el cuidar enfermero.³²

³² Restituir salud: implica aliviar. Disminuir, reducir o mitigar las enfermedades, los síntomas de las mismas, las fatigas del cuerpo o las aflicciones del ánimo. Recuperado de: <http://www.wordmagicsoft.com/diccionario>
 Curar en salud: el arte de curar. desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad, ha sido considerado como patrimonio de su saber. El curar está reglamentado por el Colegio de Médicos bajo la ley 4534 que posee jurisdicción sobre la profesión médica en la provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion>.

Cuidar en salud: el arte de cuidar se centra en el cuidado enfermero. La relación transpersonal de cuidado es una relación humana particular en la que dos personas, en tanto que coparticipantes de un proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor auto-comprensión y armonía. El cuidado promueve en la persona

Las acciones de prevención y promoción de la salud, señaladas también como objetivos profesionales, son prácticas que se encuentran determinadas por objetivos universales clásicos para el trabajo dentro del campo de la salud y compartido con otras profesiones, lo que no resulta significativo para estudiar la especificidad profesional del Trabajo Social.

Relacionando las variables “objetivos de la intervención” con “tareas” vuelve a obtener peso significativo que un trece por ciento de los profesionales no pudo contestar a la pregunta por los objetivos de su accionar, lo que reconfirma que la tarea asistencial como una entidad en sí misma favorece prácticas empiristas. Dicha conducta sugiere que realizan tareas a demanda y en el momento que se les solicita, ya sea por el usuario-paciente o por la institución. Esto implica considerar un alto grado de ausencia de reflexión antes de iniciar la tarea como parte del proceso de intervención, donde no se comprende que la tarea es una dimensión de dicha intervención y no la acción en sí misma, abarcando todas las dimensiones de la intervención y en el mismo acto. En la intervención profesional, se considera válido pensar en el antes y después de la tarea ejecutada como parte del proceso de trabajo, donde se ponen en juego dimensiones teóricas, metodológicas y técnicas que dan como resultado el ejercicio profesional.³³

La mayor parte de los encuestados posee menos de 10 años de ejercicio profesional, por lo que resulta interesante ver que, a pesar de desarrollar tareas empiristas bajo la lógica de un razonamiento de tipo instrumental, pueden sostener al mismo tiempo un espacio de pensamiento crítico. La cotidianeidad del trabajo y la exposición permanente a la realidad efectiva los coloca frente a la exigencia de la eficacia, de perfeccionar la tarea *per se*, pero su escasa inserción institucional los favorece para pensarse por fuera de la estructura.

La antigüedad en el puesto de trabajo (o profesionales muy jóvenes o maduros para la muestra), la poca actualización profesional (menos del diez por ciento ha realizado postgrado o desarrollado tareas docentes), y la rigidez del escenario institucional (modelos prestacionales) funciona como una estructura preformativa, que impide a los profesionales

cuidada la comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento, favorece la elección, el control y la autodeterminación y preserva la dignidad humana. (Cecchetto 1999)

³³ Al respecto ver (Cazzaniga 2007) (Oliva 2011)

encontrar márgenes de autonomía para fomentar una práctica con un tipo de tarea más creativa, y con una posición subjetiva crítica.

Este aspecto resulta significativo en relación con el marco teórico desarrollado en el Capítulo 2, donde se analiza al hospital público como una estructura que hace su trabajo de contención con sus agentes profesionales, impidiendo el ejercicio de una autonomía y una conciencia crítica respecto de la tarea y en su relación con el usuario de su práctica.

Una primera conclusión en relación con este aspecto plantea, al menos, la posibilidad de pensar que, cuanto más ajustado el objetivo del profesional al de la institución, menos posibilidad de producir una conciencia crítica, y cuanto más alejado se esté de la estructura institucional, menos teñido de sus mecanismos de ajuste habrá.

En la misma línea de análisis es necesario destacar, además, que los objetivos profesionales que se expresaron con un mayor porcentaje como propios de la práctica profesional del trabajador social, la inclusión social, la accesibilidad, la restitución de derechos y el mejorar la calidad de vida, son coincidentes con los tipos ideales de producción de salud en la actualidad que, para el modelo médico centrado en la atención por cuidados progresivos, resulta en sus objetivos universales del proceso de atención.

Dicha coincidencia demuestra que la estructura de contención del sistema siempre hace su trabajo sutil, inconsciente, aún cuando se muestre como una alternativa superadora de modelos prestacionales anteriores.

Este mecanismo puede observarse también cuando los profesionales responden a la pregunta por la existencia de algún nivel de autocritica, ya que consideran que su nivel de reflexión está asociado a causas externas como son la política, la ideología y la ética, como condicionantes de su ejercicio profesional. De igual manera, con respecto a la eficacia o la utilidad de lo que hacen, depositan en el afuera las causas de la crítica al considerar importante el nivel de presupuesto, o las disputas políticas. En este aspecto es probable que, como resultado de su formación profesional, las variables del contexto social estén más presentes en sus reflexiones, dejando poco margen para los aspectos subjetivos de conformación de su identidad.

Si bien se percibe una posición autocrítica respecto de lo que “está bien hacer” y de lo que se “debe hacer”, resulta claro que dicha posición no alcanza para responder a los dilemas de

la problemática de la especificidad disciplinar. En concordancia con el análisis de las variables anteriormente analizadas, “Tareas” y “Objetivos de la intervención profesional”, la reflexión respecto del impacto- utilidad que debe tener la práctica profesional sobre los usuarios/pacientes y sobre la institución, arroja un porcentaje alto. Siendo el Trabajo Social “una profesión de carácter interventivo”, criterio que suele difundirse desde la formación de grado, es esperable que se tenga mucha preocupación por los resultados de la práctica y que, además, éstos puedan ser mensurables.

Además de ello, no se puede desconocer que, siendo el campo de la salud un escenario tomado por el modelo biologicista de la enfermedad, se exija a las profesiones no médicas parámetros de calidad asociados a cantidad, modelo de efectividad propio del paradigma de las ciencias naturales.

Llama la atención que sólo el cinco por ciento de los encuestados realice un análisis reflexivo respecto de la problemática de la especificidad disciplinar. Es probable nuevamente que, la cercanía del profesional con la dimensión efectiva de la práctica, le impida lograr el nivel de abstracción necesaria para relacionar dicha dimensión con sus razones teóricas. Sin embargo, se sostiene aquí que el análisis de la especificidad disciplinar adquiere potencialidad cuando deja de ser una temática exclusiva de los académicos y toma forma a partir del ejercicio de la práctica efectiva. Es justamente la efectividad de dicha práctica la que le da sentido, contenido y razón de ser al nivel epistemológico de la reflexión teórica.

Con el resultado de la variable “obstáculos” se puede corroborar nuevamente un excesivo análisis del contexto, lo que desarticula posibilidades de autorreflexión sobre la construcción de la especificidad profesional. Dichos resultados muestran que, en la dimensión institucional, se encuentran el sesenta por ciento de los obstáculos que estos trabajadores sociales señalan como un problema para ejercer su práctica. El veinticinco por ciento cree que están relacionados con cuestiones propias de la disciplina, y un diez por ciento lo ubica en otras razones que no especifica.

La articulación entre razones exógenas y endógenas, aunque desaparejas en su peso absoluto, puede iniciar una nueva dimensión de análisis respecto al dilema de la especificidad disciplinar, al mostrar que los problemas de contexto son esperables en el

ejercicio de toda práctica profesional y que esto no debe afectar a la especificidad profesional, si se los identifica en el nivel adecuado de análisis. El considerarlos aspectos inherentes al desarrollo de una práctica pero no constitutivos de ella puede colaborar para desarticular posturas profesionales fatalistas, ya descritas por otros autores (Martinelli 2009).

La falta de cooperación en las instancias de trabajo en equipo y la ausencia de interdisciplina tuvieron un peso significativo, en la tabla de porcentajes, del veinte por ciento. Dado que el campo de la salud ha sido pionero en la instalación de equipos de trabajo al menos multidisciplinarios, se presumen dos vías de análisis: o el profesional tiene altas expectativas respecto de su ideal de interdisciplina y lo que en su práctica cotidiana sucede, o existe una distancia muy amplia entre el discurso institucional respecto a la necesidad de trabajo en equipo y la realidad efectiva. La mayoría de las alternativas teóricas al modelo médico hegemónico ya han planteado la necesaria atención interdisciplinaria de los sujetos que padecen una enfermedad (Almeida-Filho 2006) (De Sousa Campos 2001) (Menéndez 2004) (Merhy 2006) (Samaja 2004), hasta incluso la OMS lo menciona en su documento de “Temas de Salud” (2011) pero la distancia entre el discurso y la práctica efectiva sigue siendo un tema pendiente a resolver.

Ya fueron descritas en trabajos anteriores las ventajas que puede adquirir la modalidad de trabajo interdisciplinaria, como instancia de interacción cooperativa entre profesionales, la cual arroja nuevas categorías para pensarla, al menos, como una forma de trabajo no idealizada. Sin embargo, las ventajas del trabajo conjunto no aseguran las respuestas a la problemática de la especificidad, ya que necesariamente se deberá trabajar primero sobre esta categoría para acceder a instancias de interdisciplina, por lo menos así entendida (Sánchez 2004).

Por último, que la mitad de la población de estudio se considere medianamente satisfecha respecto de lo que hace con su práctica y que un cuarenta por ciento se sienta altamente satisfecha, permite apostar a la generación de alternativas ya que a pesar de presentar problemas con los objetivos de su trabajo y reconocer obstáculos, puede seguir trabajando en estas instituciones, posición que resulta clave para lograr propuestas válidas de cambio, intermediadas por la dimensión contextual real y la problemática inherente a la

especificidad profesional de la disciplina donde persisten dilemas de origen, pero no de desarrollo, al menos en la dimensión técnico-instrumental.

4-4 Sobre la intermediación: conceptos y variables

La tarea asistencial³⁴ demarca el rol específico para el universo del estudio y muestra la construcción de una especificidad profesional particular en el campo de la salud. Interconsultas y pases de salas se definen como prácticas relacionadas con el ejercicio del Trabajo Social hospitalario.³⁵

Si se considera al concepto “Especificidad profesional” como una unidad compleja, contradictoria y paradójica, la conjunción entre competencias, capacidades y desarrollo profesional, la equipara más al concepto “trayectoria”. Allí juegan elementos individuales, de la clase, del contexto donde se ejerce la profesión, del universo de Trabajo Social como entidad científico-académica, que a su vez es parte del universo del conocimiento de la ciencia en general.

Los resultados obtenidos no arrojan elementos precisos que permitan inferir que los entrevistados pueden pensar dicha categoría como una unidad compleja, ya que restringieron las opciones de respuestas a la percepción de que la especificidad profesional se define por carácter transitivo de las estructuras físico-funcionales dentro de las instituciones hospitalarias. Este aspecto resulta relevante además, porque fue señalado como un logro de la profesión en los últimos años, respecto de realidades institucionales anteriores.³⁶ La posibilidad de participar en diferentes espacios hospitalarios con otras profesiones también fue indicada como un elemento relevante para sentirse parte de la institución y para lograr el reconocimiento de un lugar específico para la profesión dentro de estas instituciones.

³⁴ En entrevistas N° 1-3-4-5 y 6

³⁵ En entrevistas N° 1 y 4

³⁶ Se señala este aspecto en todas las entrevistas de la muestra.

A pesar de los problemas que presenta la muestra para reflexionar acerca de su especificidad profesional, el análisis de los objetivos de la práctica tuvo relevancia para constatar que los profesionales de los Servicios Sociales hospitalarios no se alejan de sus incumbencias profesionales, ya que coordinación, gestión y supervisión fueron señalados como los ejes centrales de su intervención profesional, que coinciden con la discriminación que al respecto hace la ley de ejercicio profesional, cuando enumera las competencias y capacidades que debe tener un Trabajador Social para ejercer su profesión.

En ningún caso se incorporó a las respuestas datos que mostraran el lado subjetivo de las prácticas hospitalarias,³⁷ ni el nivel de desarrollo académico alcanzado por los servicios a partir de las trayectorias individuales de sus miembros respecto al desempeño de tareas de docencia o investigación. Nuevamente se evidencia un gran esfuerzo por mostrar la dimensión instrumental, por el lado de la eficacia, la eficiencia o la destreza técnica; olvidando que en la esencia de la disciplina se conjugan elementos objetivos y subjetivos que, en una doble dimensión, configuran la especificidad profesional de los miembros de los servicios y del servicio, como un espacio con una fisonomía particular.

La representación de los informantes clave, acerca de cómo ejercen su práctica los servicios sociales hospitalarios, resulta en un alto grado de impregnación respecto de procesos de medicalización.

Ya se ha considerado que la medicalización es la adopción del marco médico como explicación universal de los problemas de salud, y que esto ocurre a partir de la consideración de tres modos de penetración en otros espacios no médicos: redefiniendo la percepción del proceso salud-enfermedad-atención en todos los profesionales de la salud, eliminando cualquier alternativa al arte de curar, o haciendo olvidar en las prácticas sanitarias el necesario equilibrio entre riesgo, beneficio y pérdidas.

La preeminencia de perspectivas teóricas pragmáticas dentro de los servicios sociales hospitalarios³⁸ facilita la inclusión –inconsciente- en procesos de medicalización. Colabora también con este aspecto la afirmación de que la entrevista es un dispositivo propio del

³⁷ Este aspecto se relevó en las preguntas 1-2-6-8 y 9 todas con posibilidad de respuestas abiertas

³⁸ Perspectiva declarada por cuatro de los entrevistados.

Trabajo Social, cuando ya se encuentra demostrado que es un recurso técnico utilizado por la Psicología, la Psiquiatría y la Medicina dentro de los hospitales.

Postular discursivamente que se trabaja en el marco de los derechos humanos³⁹ tampoco resulta en una práctica crítica respecto del modelo médico hegemónico, ya que dicho objetivo se ha tornado en una perspectiva genérica para abordar el campo de salud en la actualidad, independientemente de la oferta prestacional desde donde se defina la práctica hospitalaria.⁴⁰ Por lo tanto es un principio que se encuentra presente, ya sea que se esté bajo modelos prestacionales piramidales o matriciales.

Por otro lado, sumar a la perspectiva de salud la dimensión social⁴¹ tampoco elimina el proceso de medicalización. Ya se ha discutido ampliamente que, aún incorporando esta dimensión, la medicalización permea todas las dimensiones del proceso de atención, permaneciendo vigente y alimentándose de ella. En este sentido, la perspectiva de la Salud Colectiva se ha mostrado altamente crítica al sostener análisis débiles de dicho proceso. Cuando los entrevistados tuvieron que responder acerca de qué opinión le merecía la incidencia del proceso de medicalización en su práctica, la mayoría de ellos no respondió a la pregunta y en sólo dos casos aceptaron que el proceso existe y que está presente en la institución y en sus prácticas, no pudiendo discriminar en qué aspectos podían visualizarlo. Esta situación muestra el análisis débil que se hace del proceso, tal como lo marcara la Salud Colectiva.

La falta de visibilización y la consecuente ausencia de análisis aseguran, en principio, que el proceso de medicalización se encuentra activo en las prácticas hospitalarias de los trabajadores sociales. Esto resultó además llamativo, al descubrir que las prácticas profesionales de Trabajo Social en el campo de la salud han olvidado su lenguaje propio y lo han reemplazado por el lenguaje médico.⁴²

A partir de lo analizado, es posible determinar que las prácticas de los trabajadores sociales en salud tienen un perfil sintomáticamente pragmático, centrado en el aspecto asistencial y

³⁹ Concepto que aparece en todas las entrevistas analizadas.

⁴⁰ Al respecto, ya se abordó el tema en los capítulos 1 y 2 de esta Tesis.

⁴¹ Perspectiva de salud señalada en cinco entrevistados.

⁴² Al respecto, ver las unidades de registro de la categoría medicalización en este capítulo.

ligado a la práctica médica, que absorbe actividades y modos de actuar y de decir de dicho campo profesional, reproduciendo inconscientemente el proceso de medicalización.

Sus prácticas se encuentran alienadas, característica que se encuentra no sólo en el resultado de sus acciones sino también en el proceso de las mismas. Pensar que, obteniendo estructuras físico-funcionales concretas para el Trabajo Social se obtiene directamente la especificidad profesional, es reducir el problema, olvidando que el origen del mismo está en los modos en cómo se ejerce la práctica, pero que debe ser analizado desde la dimensión epistemológica del tema.

Sistematizar prácticas no evita la medicalización si se sigue usando lenguaje médico para hablar de prácticas sociales, ni asegura el desarrollo de identidades específicas para el campo, ya que hay ausencia de la mediación con la teoría de la disciplina (teoría social) y el análisis del contexto institucional en el que esa práctica se hace efectiva.

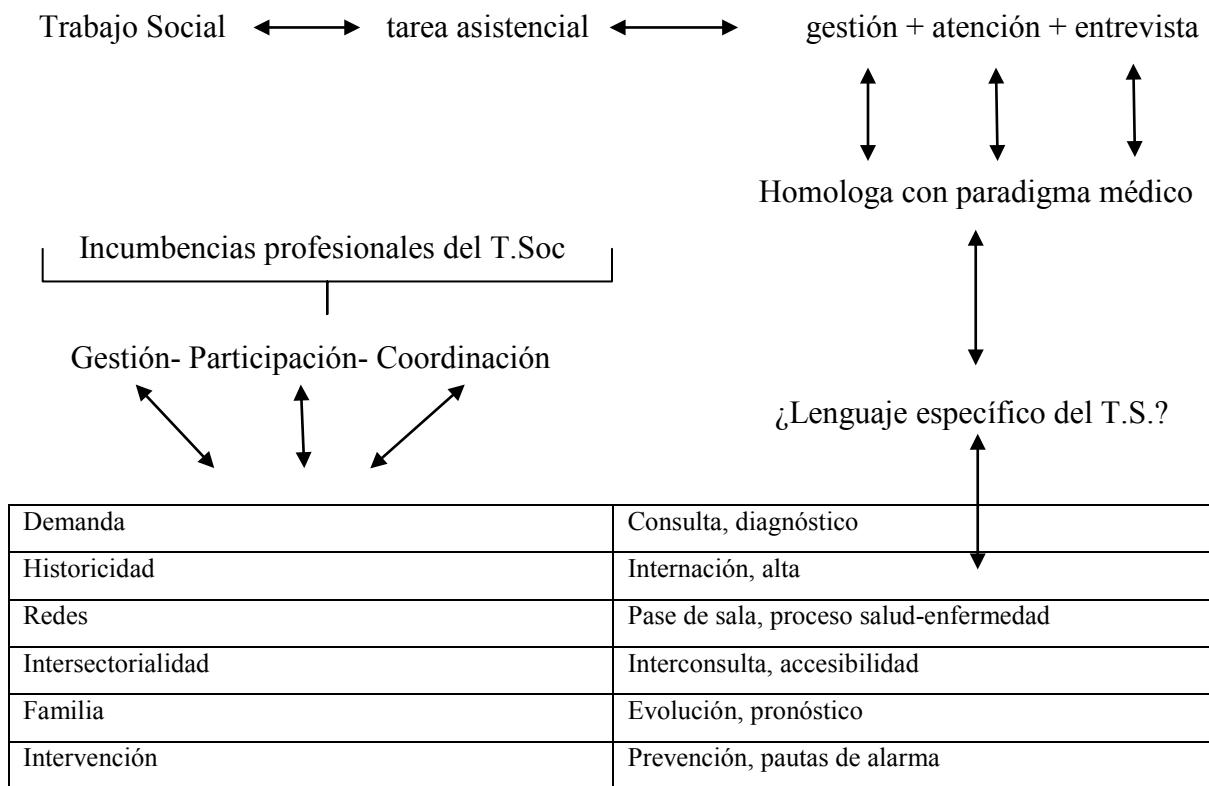
Se evidencia una posición respecto de la problemática de la especificidad profesional tomada sólo por la porción terminal de ésta, las formas que adquieren las prácticas, olvidando que debe tomarse desde su origen para lograr alternativas desde posiciones epistemológicas que faciliten lecturas complejas y multidimensionales del problema.

“El síntoma señala un conflicto real, recorta una escena de lo social o instaura un lugar de practica con características esenciales. En él se expresa la doble condición: núcleo de verdad y disfraz de la misma, muestra y esconde al mismo tiempo, pero posibilita un acceso a lo real que lo torna valioso como práctica social” (López 2008, p.68).

Tanto la especificidad profesional actual del Trabajo Social en salud, como el proceso de medicalización vigente, modelan la conducta del profesional al ejercer su práctica, siendo este un mecanismo inconsciente. Sólo visualizando esta interdependencia es que, desde ese mismo escenario de práctica pero no sólo desde él, se podrá encontrar el equilibrio necesario para mantener espacios de especificidad disciplinar y lograr caminos de intercomunicación entre instituciones entendidas como medicalizadas y espacios posibles de prácticas alternativas.

En síntesis, los procesos analizados pueden representarse de la siguiente manera:

4-4.1 Escenario de prácticas que aumenta la posibilidad de perder la especificidad profesional



Consecuencia posible:

Falta de orientación teórica + Proceso de medicalización ignorado

Pérdida de la especificidad profesional

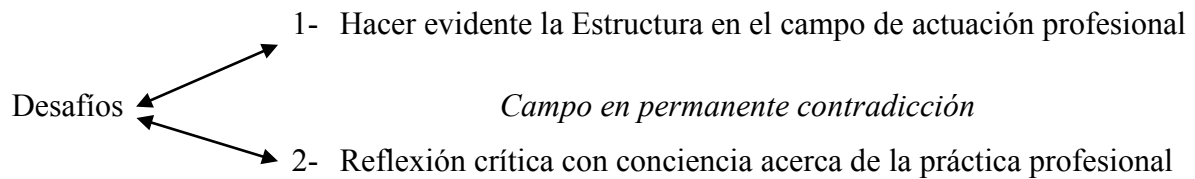
4-4.2 Escenario alternativo

Procesos incipientes de autodeterminación aun con presencia de hegemonía médica



Objetivo de la Intervención profesional:

“Perspectiva de derechos -----+----- Perspectiva de salud”



Consecuencias posibles:

Reivindicación de derechos + Autorreflexión crítica del proceso de Intervención

Procesos de prácticas alternativas

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5-1 La problemática de la especificidad profesional y su relación con la dimensión técnico-instrumental

La problemática contemporánea de la especificidad disciplinar ha sido estudiada en los ámbitos académicos nacionales e internacionales desde la década del sesenta, a partir del movimiento de Reconceptualización iniciado en América Latina y revivificado en los debates posteriores al segundo lustro de los 80, en Brasil (Montaño 2000).

Según Netto (1997), algunos de los temas más presentes en los debates del Servicio Social desde su propia institucionalización como profesión, tienen como telón de fondo la clarificación del estatuto teórico del Servicio Social y la localización de su especificidad como práctica profesional.

Considera el autor que “el tratamiento de ellas es una exigencia básica para iluminar convenientemente las peculiaridades de cada una, y en especial, para informar la equivocada relación causal que la tradición profesional fue estableciendo entre ambas, consistente en derivar la legitimidad de la práctica profesional a partir de sus fundamentos pretendidamente científicos. Dicho nivel de análisis permite deslizar la problemática teórica-cultural del Servicio Social a su terreno fundamental, aquel que se pone en el ámbito de las relaciones entre proyecto de intervención y rigor teórico posible en el conocimiento de lo social, en los marcos de la sociedad burguesa” (p. 112).

Por su lado, Yolanda Guerra (1995) argumenta que “ocupando el Servicio Social una posición terminal en la trama del proceso de organización de las políticas sociales, sus acciones adquieren un carácter polivalente, indefinido, imponiendo al conjunto del colectivo profesional la preocupación por encontrar la especificidad de la profesión” (p.186).

Se consideran relevantes, también, los resultados de las investigaciones realizadas por el equipo de cátedra, de la Asignatura Epistemología de las Ciencias Sociales, de la Facultad de Trabajo Social (UNLP) desde el año 1995 a la fecha: “La especificidad en Trabajo Social, proyecto de investigación 1995-1998”, “Tesis doctoral. La especificidad del Trabajo Social 2000-2003”, “Tesis de maestría. La intervención del trabajador social desde una perspectiva interdisciplinaria 2004”, “La especificidad del trabajador social en relación con el movimiento de desocupados (T056) 2008-2009” y “La especificidad del Trabajo Social (T060) 2010-2012”.

De los resultados provisorios obtenidos hasta el presente, es posible identificar algunos aspectos sustanciales en relación con el tema de la especificidad.

Cuando el trabajador social ejerce su profesión, si bien recibe demanda de todo tipo (más allá de la pertinencia respecto al ámbito particular en que se sitúa), se convierte en mediador tensional entre las demandas masivas y las limitadas ofertas de acción social; allí, sin embargo, la estructura normativa institucional hace su trabajo de contención y límite a las demandas que lo exceden. Ese lugar le confiere una condición de testigo directo en relación con los conflictos sociales, pues se sitúa dentro de esa dinámica compleja que se entreteje entre el Estado y la sociedad civil: las demandas, las políticas y los actores sociales.

En consecuencia, el mapa categorial queda definido en el proceso de articulación efectivo entre lo individual y lo social, lo real y lo ideal. Allí se despliega una doble, oscura y paradójica determinación estructural: subjetiva y objetiva. Se trata de un movimiento que, al extenderse, ampliarse el problema que allí se expresa, complejiza lo que ya apareció en estado naciente en las intervenciones primeras del profesional. El entrecruzamiento con un problema social estructural pone en escena la necesaria articulación de lo particular (un determinado campo disciplinar) con lo universal (el drama de lo humano como tal).

Por lo tanto, la especificidad no es sino *lo singular de una radical articulación paradójica, antinómica y contradictoria, entre lo particular y lo universal*.

Los tres antecedentes mencionados arrojan luz acerca de la especificidad como forma, como fundamento y/o como resultado de la práctica profesional.

El estudio realizado mostró que es posible dotar de argumentos epistemológicos desde el ejercicio de la práctica efectiva, abonando a las perspectivas que lo sitúan como una problemática de resultados. En este aspecto, es importante señalar que no fue encontrada ninguna investigación similar acerca de la problemática de la especificidad profesional, que indagara desde ese lado de la problemática a partir del campo de la salud, o sea desde un contexto particular determinado.

Algunas consecuencias de la falta de producción teórica a partir de escenarios prácticos es la reiterada escisión entre teoría y práctica, la tendencia a remitir lo teórico al ámbito académico exclusivamente, y la dificultad de centrar el análisis en concepciones dilemáticas que oponen falsamente lo individual y lo social. Todos estos aspectos fueron confirmados por la contrastación empírica, en donde la ausencia de mediación entre teoría y práctica dejó necesariamente expuesto el problema de la práctica al ejercicio sin fundamentos, con fundamentos vagos o poco claros teóricamente.

Las dos primeras consideraciones han sido largamente estudiadas desde la epistemología clásica, la sociología de las ciencias y, particularmente, por numerosos autores del Trabajo Social. Con respecto a la oposición individual-social, es en el siglo XX donde se produce una revisión crítica de este binomio, a partir de la reconsideración del concepto de individuo, como consecuencia de la irrupción de la problemática del sujeto.

Esta problemática constituye una categoría compleja, desde donde es posible pensarla sin caer en el dilema individuo-sociedad. Esto surge como consecuencia de caracterizar la dimensión propia y peculiar del ser humano: lo socio-psíquico y lo psico-social.

En el campo de lo social, la profunda crisis de la concepción de racionalidad uniforme y coherente del comportamiento de lo social, junto a los grandes acontecimientos históricos (caída del bloque socialista, la entronización del capitalismo como sistema dominante) obligó a repensar un conjunto de categorías en torno a la peculiaridad de tal dimensión.

Este eje de análisis resulta crucial ya que, desligarse de la disyuntiva individual-social implica aceptar la interrelación fundamental que existe entre los fundamentos del Trabajo Social y la naturaleza de su práctica, perspectiva de especificidad que recorrió todo este trabajo lo que quedara confirmado en la invisibilización que los profesionales hacen del contexto donde ejercen su práctica. Este aspecto, desarrollado en el capítulo 2, confirma en

la contrastación empírica la falta de análisis hacia el lado universal de la práctica, cuando muy pocos profesionales entrevistados pudieron advertir el proceso de medicalización vigente en sus instituciones.

En el acto de intervención del Trabajador Social, frente a la demanda, se escucha siempre un pedido de ayuda que encierra una carencia del sujeto; necesidad que no se identifica con un problema físico, pero sí porta una fuerte carga psíquica; sin embargo, excede lo orgánico y lo psíquico. Se está en presencia de un padecimiento que se inscribe en una concepción distinta de la caracterización tradicional. Dimensión de lo socio-psíquico.

Para el campo de la salud, esta concepción mediadora entre lo individual y lo social resulta fundamental a la hora de pensar en las prácticas profesionales de los Trabajadores Sociales, sometidas a procesos de medicalización, ya que dichas prácticas se realizan en conjunción con la práctica médica y la práctica psicológica, las cuales se otorgan la primacía de lo físico y lo psíquico respectivamente.

El proceso de medicalización instalado en el campo de la salud como saber hegemónico impulsa el ejercicio de prácticas empiristas, porque tiñe con la dimensión biológica de la salud aspectos humanos que exceden dicha determinación. En este escenario, el Trabajo Social cae en intervenciones instrumentalistas, lo que le impide reflexionar sobre la naturaleza, origen y destino de su práctica, olvidando preguntar acerca de cuál es el fundamento de su intervención profesional.

Al no tener claridad respecto de a qué tipo de síntoma y con qué concepción de problema se inscribe la demanda con que se enfrenta el Trabajo Social en salud, la pregunta clave es ¿qué síntoma porta el Trabajador Social que no puede salirse de una práctica medicalizante?.

Siguiendo con los desarrollos mencionados (2008) el Trabajador Social trata un padecimiento que puede definirse, por exceso y por defecto, como algo relacionado con lo psico-orgánico, pero que lo abarca y lo excluye al mismo tiempo: el síntoma social, expresado en lo socio-psíquico: aspecto individual del síntoma social.

“El síntoma es siempre manifestación: indica, señala, muestra un cierto malestar. Algo anda mal: dolor, angustia, sufrimiento, también hambre, desocupación o protesta. Expresa

siempre un conflicto; en su propia naturaleza se encuentra una realidad contradictoria: es producto de aquello que denuncia”⁴³ (p.65).

En la pregunta realizada al profesional, ésta toca las raíces propias de la profesión y encierra en su condición funcional un obstáculo que, en su sentido radical, denuncia la estructura de la que emerge. Otro resultado visible en el estudio, cuando los trabajadores sociales se mostraban conformes con su práctica, no evidenciaban el proceso de medicalización institucional; podían expresar obstáculos tanto contextuales como de su propio desarrollo profesional; podían determinar objetivos, pero no podían determinar orientación teórica ni perspectiva de salud desde donde ejercer dicha práctica. El estudio mostró que su práctica es paradójica y antagónica, aun en un movimiento inadvertido; su sola presencia denuncia las contradicciones de la que son parte y, al mismo tiempo, esa contradicción los coloca en un lugar funcional a la demanda institucional. Desde allí su intervención se vuelve pragmática como única salida a la posición que ocupan.

El Trabajo Social como profesión posee un elemento particular que subvierte su propio fundamento; éste se expresa de múltiples maneras y en diferentes campos, pero puede ser reducido a dos instancias primarias, en que se expresa: el síntoma en lo universal y el síntoma en lo singular.

Se muestran, se expresan como problemas individuales los que son problemas sociales. Se señalan, se indican problemas entre objetos, o de contexto, cuando son problemas entre sujetos. Se esconde, se disfrazan vínculos entre las cosas cuando, en realidad, son entre personas, entre los procesos de trabajo en que esas personas están insertas.

“En su *forma* muestra lo que oculta, en su *contenido* niega lo que lo determina, y esto será clave para desentrañar una lectura posible de la determinación sintomal del Trabajo Social”⁴⁴ (p.3).

Allí donde brota el síntoma algo de la estructura no funciona; un malestar se instala, denunciando un sufrimiento inevitable como condición de posibilidad de la

⁴³ López, A (2008) El Trabajo Social es un síntoma del capitalismo. *Escenarios*. Año 2 (4) Escuela Superior de Trabajo Social. UNLP. 64-69

⁴⁴ López, A (2008) *idem*

universalización social. Al mismo tiempo, el síntoma señala un conflicto real, recorta una escena de lo social e instauro un lugar de práctica con características esenciales.

Del estudio realizado fue posible destacar que, cuando los trabajadores sociales hablaban de su práctica, mostraban un conflicto real entre sus propios intereses y los de la institución, instalándose una cuota de malestar que, aunque mínima en cantidad, desplegaba posturas que se orientaban a buscar un cambio. Al mismo tiempo, la institución realizó, en todos, su proceso de contención, proceso inevitable pero no por eso imposible de ver. Es justamente allí donde residen las claves para pensar en procesos alternativos.

“Como un síntoma de su tiempo, el Trabajador Social ocupa un lugar profesional que arrastra la posibilidad de visualizar esa doble condición: (por un lado)... la posibilidad reproductora de prácticas sociales fetichizadas que objetivamente consolidan la estructura actual, (y por otro lado, pero al mismo tiempo)...la posibilidad de ejercer formas específicas de práctica social en un escenario histórico real que aborde ese núcleo paradójico de verdad social”⁴⁵ (p.5).

La presencia de la reflexión sobre la apropiación del Trabajo Social del campo de los derechos, dentro del escenario de la salud, muestra formas incipientes de prácticas específicas que abordan un síntoma social, en un escenario real.

Para confirmar este análisis fue necesario, por un lado, el apoyo de recorridos ya iniciados por algunos autores reconocidos dentro de la disciplina, que han dedicado parte de su labor teórica a definir al Trabajo Social como disciplina y como profesión, dando cuenta de lo que entienden sobre el complejo proceso de la intervención profesional, eje existencial de esta disciplina.

Por otro parte, el análisis realizado acerca del concepto salud, sus implicancias actuales bajo el dominio de la medicalización, y la inclusión de la perspectiva de la Salud Colectiva como paradigma superador de dicho fenómeno, otorgan nuevas articulaciones teóricas que permiten volver a relacionar objeto y sujeto en el padecer humano.

Desde esta perspectiva, la especificidad adquiere formas más rigurosas de determinación, entendida desde su doble condición de cuestiones de hechos (estructura) y cuestiones de

⁴⁵ López, A (2008) ídem

teorías, de justificación, de realización y justificación (génesis). Ella se muestra en un complejo categorial de relaciones entre niveles y conceptos, empíricos y teóricos.

5-2 Sobre especificidad profesional y medicalización

“Definir implica distanciarse de lo que aparece como real: la vocación de una definición no es coincidir con lo que existe, adherirse hasta disolverse en ello. Definir implica volver comprensible lo que existe bajo la denominación de Trabajo Social, pero renunciando a la ilusión de que habría que incluir todas las instituciones y todas las prácticas que esgrimen esta condición. Distanciación e inmediatez, alejamiento y cercanía” (Karsz 2007, p.27).

Carácter forzosamente restrictivo y selectivo de toda definición: en la medida en que ésta pretenda incluir todo tipo de prácticas, dispositivos, acciones y comportamientos, más vaga y genérica se tornará, en perjuicio de su capacidad explicativa. Para explicar, se debe renunciar a los grandes discursos universalistas, posiblemente vacíos a fuerza de querer abarcarlo todo. Por lo tanto, este Tesis arroja conclusiones particulares.

En el estudio realizado, se pudo observar que el Trabajo Social que se ejerce en salud se centra en el diagnóstico social como forma de abordar el problema con fuerte base empirista, individual, donde los hechos problemáticos se ubican en el sujeto enfermo, por lo que el recorte social de la enfermedad que padece resulta necesario para definir la solución adecuada, la mayoría de las veces devenida en intervenciones ligadas a gestión de recursos.

Relacionado con su origen disciplinar, este posicionamiento profesional está centrado en una concepción asistencialista, preocupada por identificar primero el padecimiento - diagnóstico que se explicita con un lenguaje médico- y en ello el recorte preciso en el individuo, para luego buscar las implicancias sociales de ese padecer.

Ello, además, con la característica de encontrar existencia exclusiva de la asistencia como práctica social, intervención como actividad efectiva, pero con ausencia de especificaciones

teóricas o abstractas. En todos los casos se corroboró formas articuladas de predominio de este aspecto.

Los efectos de la medicalización, como una peculiaridad del ámbito de intervención, intensificaron las formas de estas prácticas, velando de manera recurrente el interrogante acerca de la naturaleza de la necesidad con que el Trabajador Social se enfrenta.

Frente a la demanda, ya sea ésta institucional o del propio usuario-paciente, se escucha siempre un pedido de ayuda que encierra una carencia del sujeto. En el proceso reflexivo que cada entrevistado realizó sobre su práctica, dicha necesidad no fue identificada como un problema con precisas determinaciones sociales. En todos los casos se compartió la idea de que se estaba frente a un padecimiento que se inscribe en una concepción distinta de la caracterización tradicional de carencia, pero con ausencia de conceptos claros que la definieran en su naturaleza. Algunos lo conceptualizaron como demandas respecto a carencias ligadas con la falta de calidad de vida; otros, respecto a la ausencia de derechos que por naturaleza les corresponde a los seres humanos. En ambos casos, la carencia se torna excesivamente universal para una respuesta defectuosamente individual.

Autores como Karsz (2007) ya advirtieron que los Trabajadores Sociales son convocados porque las situaciones no son simples, porque no se dejan reducir al registro uni-causal, omni-explicativo de su origen. Comprender este límite objetivo/subjetivo del carácter humano es su límite y su potencia.

Por ello Karsz (2007) afirma que el “Trabajo Social opera sobre las construcciones ideológicas movilizadas por los individuos y los grupos para explicar y explicarse su mundo, para soportarlo o para resignarse a él, o para revelarse” (p.78).

A partir de las consideraciones realizadas, el Trabajo Social tendría la posibilidad de buscar prácticas alternativas a la medicalización si logra apartarse de propuestas universalizantes, repetitivas, objetivadoras de los sujetos con los que trabaja; y se implica en una intervención que complejice el universo de los problemas que atiende, pero que al mismo tiempo particularice el objetivo de la misma.

En este sentido, y dado que el campo de los derechos aparece incipientemente en el discurso de los profesionales entrevistados, debería trabajarse no por los derechos, desde su

dimensión genérica, sino para la reivindicación de los derechos de los pacientes cuando éstos afectan su situación de salud.

Derechos que siempre estuvieron pero que en el actual contexto fueron olvidados, resignados, aplastados, cosificados, alienados, medicalizados, sometidos al orden neoliberal.

El Trabajo Social interviene sobre lo que tiene sentido para los seres humanos, sobre lo que para ellos hace sentido; por eso debería apostarse a trabajar en sus prácticas profesionales en salud, una “política de la subjetividad”, o sea en el escenario particular del universo de un sujeto social, enfermo.

El Trabajo Social apuntaría así a sostener modalidades socio-históricas de humanidad, esto es, a facilitar comportamientos individuales y colectivos que se tienen por convenientes, a reducir la distancia que separa a los seres reales, de carne y hueso, respecto de los modelos que se consideran adecuados, necesarios, enfermos. Humano, como modelo moral de humanidad.

El Trabajo Social en el campo de la salud opera sobre los “desfasajes entre aquello que es normal, o sea, lo normalizado, y aquello que no lo es, o que no lo es en la medida suficiente, o que ha dejado de serlo, o que no ha llegado a serlo” (Karsz 2007, p.85). En este sentido, está llamado a reivindicar, a recuperar junto con el usuario-paciente lo propio de su condición humana, de la que alguna vez fue despojado o de la cual se apropiaron indebidamente.

Un movimiento que sólo puede acontecer al precio de una tensión tan inevitable como insoluble. Cada Trabajador Social, y a su manera cada usuario-paciente, carga con este bagaje todos los días: las intervenciones sociales tienen forzosamente una mirada normativa y normalizadora que, sin embargo, puede advertirse si se logra imponer a la invitación repetitiva de las prácticas, devenida del contexto institucional medicalizado actual.

Para ello será necesario asumir compromisos diversos y variados, rebelarse ante tergiversaciones más o menos pronunciadas. Usar un lenguaje propio, pensar con una lógica propia, intervenir desde un escenario de práctica propio. Desarrollar al máximo sus capacidades de intervenir en la realidad social efectiva, aunque con la conciencia de que nunca se interviene por completo, y que jamás es sin pérdidas.

Será condición necesaria, para desarrollar este tipo de prácticas, que los trabajadores sociales asuman la conciencia de su estado actual de cosas. Es necesario capacitarse y volver su mirada a los insumos que otorga la academia. Es necesario dotarlo nuevamente de argumentaciones teóricas fuertes. El Trabajo Social es una práctica científica y social, como tantas otras; por lo tanto, no se la exime de dar cuenta de manera rigurosa de los fundamentos de su condición de tal.

Esos fundamentos que “operaron ya” en el ejercicio de su práctica, encarnados en el obrar profesional, poseen el estatuto de saber en acto, pero como resultado de lo aquí estudiado, será necesario instalarlo de manera explícita en el registro simbólico, campo de la teoría, reino de las categorías. Dichos fundamentos, articulados según las exigencias formales, se reproducirán como conocimientos referidos en este caso a un escenario particular, el campo de la salud, constituyendo bajo ciertas condiciones una disciplina determinada.

Si bien el modelo médico hegemónico, a través del proceso de medicalización, está fuertemente institucionalizado en las sociedades capitalistas y, por lo tanto, en todos los espacios de salud actuales, es dentro de ese universo que deberán surgir las respuestas a procesos alternativos de prácticas.

5-3 La oportunidad de cancelar o habilitar opciones de trabajo surge de la mediación entre estructura y proceso.

A partir de sostener que el Trabajo Social como disciplina se constituye desde la Teoría Social y como profesión, se realiza en relación con definidos problemas sociales, resultó evidente que posee, como rasgo particular de su práctica efectiva más frecuente, intervenir allí donde dichos problemas se encarnan en personas concretas, individuales o colectivas. Que cuando ello ocurre es porque ante el impacto efectivo de un problema social el Estado; a través de políticas sociales, implementa respuestas en espacios institucionales donde el

Trabajador Social escucha las demandas de las personas que lo padecen y median en relación a los recursos disponibles.

Aun cuando la población afectada evidencie otras necesidades sociales, la práctica profesional queda reducida al marco institucional que define la demanda que debe responder.

En el capítulo 4 se realizó una matriz conceptual para mostrar el cuadro de relaciones posibles entre aquellos conceptos que resultaron de la síntesis del material empírico procesado. Dichos conceptos sugieren determinadas articulaciones que llevan a reproducir procesos de medicalización o a definir posibilidades alternativas para la intervención profesional en el campo de la salud.

Aquel grupo de conceptos reproductores de procesos medicalizantes fueron identificados a partir de la falta de argumentos específicos de teoría social para explicar los problemas, la ausencia de objetivos precisos para la profesión y la excesiva dependencia al lenguaje y las acciones médicas. Esta apropiación de prácticas de otros campos puede traer como consecuencia la reproducción de prácticas profesionales sacralizadas que, desde una disciplina no médica, perpetúa el modelo al no evidenciarlo y por lo tanto no cuestionarlo; generando intervenciones o prácticas reificantes.

Ya sea porque se responde a la demanda desde una perspectiva pragmática o instrumentalista o porque, aun reconociendo en su origen prácticas renovadoras, caen en el practicismo de la mano del fatalismo o la falta de interés, al auto-convencerse de que no pueden generar posturas contra-hegemónicas al proceso de medicalización.

En el grupo de conceptos que generan alternativas de prácticas, es clara la tendencia de un Trabajo Social que trabaja por los derechos. Se trata de una profesión que puede dar cuenta de su quehacer utilizando palabras originadas en el campo de las ciencias sociales y no en el de la medicina. Es un grupo de conceptos que señala la posibilidad de la creatividad de intervenciones sociales, aun reconociendo, al igual que en la primera matriz, que el proceso de medicalización persiste en las instituciones públicas de salud.

Si bien se destaca una falta de orientación teórica específica en las intervenciones, es posible reconocer ciertos mecanismos de autorreflexión teórica, lo que en un futuro puede

dar lugar a la toma de una perspectiva teórica que, con un fundamento epistemológico más definido, pueda utilizar la auto-conciencia de la práctica como insumo para el cambio.

Es en este grupo de conceptos relacionados donde aparece la contradicción, evidenciada entre la estructura que denuncia y/o el campo de actuación que se impone, provocando la autorreflexión en la intervención profesional. Esto resulta en una señal positiva para trabajar por la contra-hegemonía médica, ya que reconocer una estructura como problemática implica al menos que se han identificado sus fallas.

Reforzando esta tendencia alternativa, surgen los objetivos de la acción profesional que evidencian acciones tendientes a entender el concepto de salud como un derecho y como un producto. Si estos procesos se mantienen en el tiempo, es posible que el Trabajo Social adquiera características reivindicativas en su práctica con los sujetos, abandonando las ideas clásicas de que la profesión “asiste” – “educa” – “participa” o “acompaña”.

Siguiendo a Samaja (2004) es necesario comprender que “el objeto de las disciplinas que actualmente ubicamos en el área de la salud lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social” (p.106).

Si esto es así, entonces es correcto ubicar un Trabajo Social que adquiera un objetivo de “reivindicación” sostenido por estrategias de intervención profesional tendientes a desarrollar prácticas contra-hegemónicas que, partiendo de una conceptualización de salud como un producto, destierre la tendencia a adoptarla como un fin último sacralizado de bienestar.

5-4 La reivindicación de derechos como potencia para un objetivo específico de la práctica del Trabajo Social en salud

Trabajar sobre el concepto “reivindicación” exige reconocer su sentido complejo, por lo que para su análisis es importante indagar su significación en al menos tres dimensiones: etimológicamente, en el campo del derecho, y en el campo filosófico.

Desde su raíz etimológica, la palabra reivindicar significa *reclamar, recuperar lo que le pertenece a uno*. La palabra “reivindicare” está compuesta del prefijo *re-* (repetición), el prefijo *in-* (privado de) y la palabra *vindicare* (vindicar).

La palabra “reivindicar” –cuya noción es la de recuperar uno lo que le pertenece y que no posee- proviene del latín *reivindicare* pero no del prefijo *re*, sino de *rei* es decir “cosa” y *vindicar* o “vengar una cosa”. Se relaciona con reclamar la defensa de quien ha sido injuriado por otra persona, pero con la leve diferencia del prefijo que denota que lo que se pretende reclamar o recuperar ya se tuvo. La *reivindicatio* está definida específicamente en el derecho romano.⁴⁶

En el campo del derecho, la *reivindicatio* o “acción reivindicatoria” es utilizada por el propietario que no posee la cosa para reclamar la restitución de la misma a quien la posee, previo reconocimiento de su derecho primario de haberla tenido. Desde dicho principio la reivindicación puede ejercitarla el propietario que no posee la cosa concretamente. Esto es, puede pedir en juicio que la situación de hecho sea modificada conforme a derecho, o sea que le restituyan lo que por derecho le es propio. El propietario que la posee no podrá ejercitar su derecho de posesión bajo el pretexto de que el demandado cuestiona su derecho de propiedad, pues, no siendo el propietario original de la cosa, no puede reclamar lo que por derecho no le corresponde, ni tampoco exigir una justificación legal para intentar ejercer alguna acción al respecto para recuperar lo que nunca fue suyo. Es el actor perjudicado quien debe suministrar en juicio las pruebas de su derecho de propiedad y, obviamente, demostrar que el demandado está efectivamente en posesión de la cosa reclamada, lo que lesiona su derecho como demandante.

En el derecho clásico, demandado es aquél que tiene la posesión de la cosa, esto es, aquél que dispone de ella (*corpus*) con la intención de tenerla como si fuese suya (*animus possidendi*), pero que por derecho no lo es. En el derecho justiniano se admite la acción legal para intentar restablecer la posesión sobre la cosa frente a personas que nunca la poseyeron, aún teniendo derecho sobre ellas, ya que se interpreta que al dejar de poseerlas

⁴⁶ Definición recuperada de <http://etimologiasdechile.net> (2006)

ya las perdieron dolosamente. Si el demandado es vencido en juicio, deberá devolver la cosa *cum omni causa*, esto es, con cuanto frutos haya producido e incrementos haya experimentado, distinguiendo entre el periodo anterior y posterior a la *litis contestatio* y entre el poseedor de buena o mala fe.

Es claro que la obligación de restituir es más gravosa para el poseedor de mala fe, el cual debe reintegrar todos los frutos percibidos (*percepti*) y resarcir el valor de los ya consumidos. En cuanto a la destrucción o deterioro de la cosa, el poseedor de buena fe sólo responde si tuvo lugar por su culpa después de la *litis contestatio*; en cambio, el poseedor de mala fe responde por la destrucción o deterioro, incluso en caso fortuito. Si el demandado restituye voluntariamente, será absuelto; si no, será condenado a indemnizar al actor con una suma de dinero equivalente al perjuicio que la falta de restitución le ocasionaba. En la época justiniana, la sentencia que ordena la restitución se puede hacer cumplir, a instancia del actor, por medio de la fuerza pública (*manu militari*) (Carrillo de Albornoz, 2006).

Queda claro que en la acción reivindicativa no se pretende que se declare el derecho del dominio, sino que lo que se demanda es el derecho a ser reconocido. Si se trata de una reivindicación social, el reconocimiento guarda relación con los propios intereses del reconocido. Para Trabajo Social, este aspecto es al menos alternativo a las funciones clásicas de educación-participación-acompañamiento, ya que reivindicar y reconocer implica aceptar que hay un otro reconocido en sus derechos, que para ser reconocido debe permanecer. Permanecer siendo un sujeto humano. Sujeto que “hace cosas y padece cosas” (Honneth 2009, p.23). Sin embargo, ese padecer no es siempre sobre algo que no se tiene, sino que podría serlo de algo que se posee quizás desde siempre, quizás por naturaleza, por conquista histórica, pero que se ha olvidado, perdido o reprimido.

Siguiendo a Hegel (2009), el ser humano solo se realiza como sujeto cuando aprende a relacionarse negativamente con su particularidad natural, sus inclinaciones, deseos e instintos y es capaz de autodeterminarse de acuerdo a principios aceptados intersubjetivamente en la comunidad a la que pertenece.

Este concepto resulta pertinente para pensar que, en la primera modalidad de prácticas encontradas en el estudio, la medicalización produjo un proceso similar sobre los profesionales. Cuando los Trabajadores Sociales afirman que trabajan en salud para “*contribuir a la calidad de vida de los pacientes*”⁴⁷ no significa que restituyan la calidad de vida en forma universal pero, pensado en términos de reivindicación, podría inferirse que intervienen en un proceso concreto, que busca resguardar un aspecto de la situación vital del sujeto-paciente sobre el que se está convencido de que posee un derecho a expresarse sobre algo positivo, sobre un aspecto de su vida. Como resultado de esa intervención, se esperará entonces que el sujeto esgrima una defensa sobre la injuria que sufrió (aquí injuria puede ser utilizada en una acepción física, legal, moral, o económica).

Lo mismo sucede cuando afirman que trabajan por los derechos; aquí será necesario ajustar el objetivo de la intervención profesional a abordajes particulares que trabajen para reivindicarlos, ya no para restituirlos. Al restituir se da, al reivindicar se devuelve lo ya tenido. Por lo tanto, la perspectiva de la reivindicación define, particularmente en el campo de la salud, a la intervención por los derechos particulares de los usuarios-pacientes y evita seguir el juego medicalizante de prácticas reificadas.

En este proceso el sentido de la intersubjetividad experimentará algunas modificaciones, que si bien no anulan al individuo como tal con sus necesidades concretas, acentúan cada vez más un aspecto de ella, a saber la unidad universal y concreta del espíritu libre (2009).

La asimilación de la reivindicación con los derechos humanos fundamentales y con el ejercicio del poder social, la coloca en un planteo insuficiente y tradicional, ya que todos poseemos derechos universales. La necesidad de cambiar la dimensión de su análisis ha llevado a sustituir los planteos superestructurales, por una nueva óptica que incluya el análisis en términos legales de la reivindicación pero en el ámbito de lo singular. Desde estas alternativas, la estrategia de cambio va directamente dirigida a sustituir las estructuras de poder de dominación por estructuras de poder de determinación. En la misma línea se

⁴⁷ Entrevista N° 2 a Informantes claves

observan otras perspectivas que cada vez con mayor fuerza, van en contra de una visión tradicional estatalista que postula la defensa de los derechos humanos desde perspectivas providenciales, paternalistas, que en el fondo promueven acciones antiparticipativas.

Las corrientes más progresistas indican que la estrategia de la lucha contra las injusticias y por los derechos humanos es fundamentalmente no una mera conquista de derechos, funcionalmente considerados, sino el intento de conquistar poderes reales y concretos para la población –en el sentido de posibilidades reales de actuación- y conseguir su articulación social. Estas perspectivas trabajan en el mismo sentido en que se ha trabajado el concepto de reivindicación en esta sección, postulando que de lo que se trata no es de “dar derechos” sino de “reconocer los que se tienen”.

La forma superior del reconocimiento es aquella en la que se hace abstracción de cualquier determinación o cualidad particular del individuo para considerarlo como una totalidad viviente, a la que se designa como “persona”.

La Filosofía Moral y la Filosofía Social orientan en primer lugar, a vincular en los debates socio-políticos las preguntas morales fundamentales de justicia, dignidad humana y reconocimiento de las motivaciones, los intereses y los proyectos de vida de los ciudadanos. En segundo lugar, como lo afirma Honneth (2009)...“a discutir sobre los diagnósticos de aquellos procesos de evolución social que deben entenderse como un prejuicio respecto de las posibilidades de llevar una vida buena entre los integrantes de una sociedad, cuyo ejercicio no podría prescindir de criterios éticos que les ayuden a entenderse como una instancia de reflexión y de confrontación de pautas atinadas de la vida social” (p.53).

Esto ubica la propuesta de esta Tesis en el campo de las expresiones del agravio moral,⁴⁸ de la reivindicación y del reconocimiento. Por consiguiente es una crítica hacia aquellas

⁴⁸ Agravio moral: propuesto por Honneth como objeto de estudio de la filosofía social, afirma que ésta se encarga fundamentalmente de discutir sobre aquellos asuntos de la evolución humana que determinan desatinos, trastornos o patologías de lo social. Sustenta que la pretensión teórica es no prescindir de criterios éticos, ya que la principal responsabilidad de esta disciplina es diagnosticar aquellos procesos de evolución

prácticas y modos de interacción social, de intervención social y política que dan origen al desprecio social, a la falta de reconocimiento y al mal reconocimiento. En la ejecución de una determinada praxis, la atención hacia el hecho del reconocimiento previo puede perderse por la influencia de esquemas de pensamiento y prejuicios que no son compatibles cognitivamente con aquel hecho, como es el caso de las posiciones profesionales que orientan su intervención al campo de lo pragmático, reproduciendo y aumentando inconscientemente la medicalización. En ese sentido, sería más razonable no hablar de “olvido” sino de una “negación” o de una “resistencia”.

Para Honneth (2009) “los sujetos, los ciudadanos se encuentran unos a otros en el horizonte de la expectativa recíproca de recibir reconocimiento como personas morales y como sujetos útiles a la sociedad”. (p.27) Por lo tanto, trabajar en la dimensión de la reivindicación en el campo de la salud resultaría una alternativa potable para que resurja el reconocimiento a las condiciones humanas perdidas en el enfermar-padecer, como lo sugiere la matriz conceptual alternativa presentada en el capítulo 4. Como la experiencia del reconocimiento social representa una condición de la que depende la evolución de la identidad del hombre en general, su ausencia –es decir, el desprecio- conlleva necesariamente a la sensación de la inminente pérdida de humanidad/personalidad. El reconocimiento de la individualidad de otras personas (en este caso, sujetos-pacientes) exige al Trabajo Social percibir los objetivos de su práctica en la particularidad de todos los aspectos que esas personas asocien con ellos y en sus respectivos puntos de vista.

Para Honneth (2009) plantear que hay un profundo nexo entre las vulneraciones cometidas contra las suposiciones normativas de la interacción social y las experiencias morales que los sujetos realizan en sus comunicaciones cotidianas, es plantear la negación a una persona de su merecido reconocimiento, por lo cual el afectado reaccionará en general con sentimientos morales que acompañan la experiencia de desprecio, es decir, con pena, rabia o indignación. En Trabajo Social, la demanda que es escuchada por el profesional tiene

elementos de pena, rabia o indignación. Es parte de la dolencia médica pero no es parte del cuerpo, tiene que ver con sus sentimientos pero no se trata de cuestiones solo psicológicas.

En este sentido, cabe preguntarse acerca de si en el centro de las preocupaciones de la profesión deberían seguir estando las tensiones entre el sistema y lo individual, o las causas responsables de la vulneración sistemática de las condiciones de reconocimiento, campo de lo particular.

Esto significa, en palabras de Honneth (2009) que “el objeto de atención del análisis diagnóstico de la época deberá focalizarse en reconocer la distorsión y la lesión de las relaciones de reconocimiento sociales” (p.264), más que en la emancipación de los sistemas.

De allí la propuesta de pensar en objetivos particulares para profesiones generales, las cuales no podrán abarcar nunca todos los aspectos de su saber sólo desde la intervención profesional. La especificidad implica preguntarse acerca de lo teórico, lo operacional y lo interventivo, en un movimiento específico entre lo universal y lo particular. La práctica, espacio de la intervención, es propia del ámbito del ejercicio de la profesión y allí campo de lo singular, por lo que no es posible desde él contestar a todos los aspectos de la problemática epistemológica de la disciplina. Sin embargo, ella guarda en su interior las claves para pensar en la disciplina desde la profesión, desde el ejercicio efectivo donde, por otra parte, la comunidad profesional se expresa a través de lo que hace.

Por lo tanto, lo que hace desde el campo particular contribuye a forjar su identidad que también se construye en el ámbito de lo particular, pero que trasciende a lo universal de la disciplina. El planteo de objetivos particulares para campos determinados, es un camino dialéctico posible para empezar a responder de qué hablamos cuando hablamos de Trabajo Social.

BIBLIOGRAFIA

Aab C, Martínez S, y otros (2011). *Las condiciones laborales de los trabajadores sociales matriculados en el colegio de trabajadores sociales del distrito La Plata, pcia de Buenos Aires*. La Plata. Colegio de Trabajadores Sociales Buenos Aires.

Abreu, M. (2002) *Servico Social e a organizacao da cultura: perfis pedagogicos da prática professional*. San Pablo. Cortez.

Adorno, T. (1999) *Minima Moralia*. Madrid. Taurus.

Aguayo, C. (2007) *Las profesiones modernas. Dilemas del conocimiento y del poder*. Buenos Aires. Espacio.

Alayón, N. (1980) *Hacia la historia del trabajo social en la Argentina*. Lima. Cuadernos de CELATS

Alayon, N. (2008) *Asistencia y asistencialismo*. Buenos Aires. Lumen-Humánitas.

Alma-Ata. (1978) *Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud*. Recuperado de: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps>

Almeida Filho, N (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en América Latina *Cuadernos médicos sociales*. N° 75. 5-30.

Almeida Filho, N. (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva, evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. Vol 2. (2) Universidad de Lanús 123-146.

Alvarez, E. (2007) La génesis de la subjetividad: vida y autoconciencia en la fenomenología del espíritu de Hegel. *Revista de Filosofía*. N° 15. 1-14.

Ander-Egg, E. (1975) *Del ajuste a la transformación: apuntes para una Historia del Servicio Social*. Buenos Aires. ECRO.

Andler, D y Fagot-Largeault, A. (2011) *Filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Antunes, R. (1999) *Os sentidos do trabalho*. San Pablo. Boitempo

Barahona Arriaza, E. (2006) Categorías y modelos en la dialéctica negativa de Th. Adorno: crítica al pensamiento idéntico. *Logos. Anales del Seminario de Metafísica* ISSN 1575-6866. 203-233.

Barreix, J y Castillejos Bedwell, S. (1997) *Metodología y método en Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.

Bauman, Z. (1999) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Buenos Aires. Gedisa.

Beck, U. (2002) *La sociedad del riesgo global*. Madrid. Siglo XXI.

Belmartino, S.(1987) Modelo médico hegemónico. *Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires. 197-200.

Belmartino,S. (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Belmartino, S.(2010) Las políticas de salud en el siglo XX. Legados históricos. *5to Foro del Bicentenario*. Buenos Aires. Universidad de San Martín. 1-15.

Bianchi, E. (1994) *El servicio social como proceso de ayuda*. Barcelona. Paidós.

Billorou, M. (2008) La protección maternal e infantil debe ser colocada en primer plano en un país como el nuestro. *Jornada Historia de la Infancia en la Argentina*. Buenos Aires. Universidad de General Sarmiento.

Bourdieu, P (1992) *La economía de las fuerzas simbólicas*. San Pablo. Perspectiva.

Bourdieu, P. (1999) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona. Anagrama.

Buordieu, Chamboredon, Passeron. (2002) *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2010) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Breilh, J. (1995) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. *Guía pedagógica para un taller de metodología*. Ecuador. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar.

Buck Morss, S. (1981) *Origen de la dialéctica negativa*. Mexico. Siglo XXI.

Canguilhem, G. (2004) *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Cannellotto, A y Luchtenberg, E. (2010) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires. UNSAM Edita.

Carballeda, A. (2006) *El Trabajo Social desde una mirada centrada en la intervención*. Buenos Aires. Espacio.

Carballeda, A. (2008). Salud e intervención en lo social. *Colecciones cuadernos de Margen N° 1*. Buenos Aires. Espacio.

Carvalho, A. (1996) Da saude publica as politicas saudáveis -saude e cidadania na pos-modernidade. *Ciencia & Saude Coletiva*. Volumen 1 (1) 104-121.

Castel, R. (2010) *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Castro de Matos, M. (2003) O debate do Servico socialna saúde nos anos 90. *Servico Social & Sociedade*, N° 74. 85-117.

Cazzaniga, S. (2007) *Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.

Cecchetto, S. (1999) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*. Buenos Aires. AD-HOC Villela Editores.

Colegio Trabajadores Sociales, BA.(2012) *Trayectorias laborales de los profesionales en la provincia de Buenos Aires*. Informe de investigación, La Plata. Colegio de Trabajadores Sociales

Corcuff, A. (1986) *La sociología de Bourdieu*. Francia. Le Mascaret.

Costa, S. (1995). A invencao de tradicoes: a protecao social e os cursos de graduacao em Servico Social. Exposição no 4°. *Programa de Formação Pedagógica de Docentes da UFSC*. Coordenadoria do Curso de Serviço Social. Florianópolis.

Cyrulnik, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. España. Gedisa.

de Carvalho Mesquita Ayres, J. (2008) Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*. Volumen 4 (2) 159-171.

De la Maza, L. (2009) El sentido del reconocimiento en Hegel. *Revista Latinoamericana de Filosofía*. Volumen XXXV (2) 227-251

De la Rosa, M. Figueprón, K. Busso, L y otros. (2011) Los pacientes crónicos ocupan camas de los pacientes agudos: un dilema costo asistencial. *Revista Medicina Intensiva* N° 28 (2) 44

De Sousa Campos, G. (2001) *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar.

De Sousa Minayo, M.(2001) Estructura y sujeto, determinismo y protagonismo histórico: una reflexión sobre la praxis de la salud colectiva. *Ciencia y Salud Colectiva*. 2-12.

Deleuze, G y Guatari, F. (1995) *El Anti-edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires. Paidós.

Durkheim, E. (1996) *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires. Entrelíneas.

Echeverría, M. (1992) *Un enfoque integrador y una metodología participativa frente a la salud de los trabajadores*. Venezuela. Asociación Latinoamericana de Medicina Social

Emerson, M. (2006) *Salud. cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires. Lugar.

Engelhardt, T. (1995) *Los lenguajes de la medicalización en los fundamentos de la bioética*. España. Paidós

Engels, F. (2007) *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Chile. Centro de Estudios Miguel Enriquez.

Escalada, Mercedes. (1986) *Crítica a los métodos de la Reconceptualización del Trabajo Social*. Texas. Guaymuras.

Escudero, J. (2011) Sobre la Salud Colectiva. *Voces en el Fenix: en estado crítico*. N° 7 Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.vocesenelfenix.com>. 6 - 11.

Diccionario de etimología. (2006) Recuperado de: [http://www. etimologiasdechile.net](http://www.etimologiasdechile.net). (último acceso: junio de 2014).

Faleiros, V (1972) *Trabajo Social, ideología y métodos*. Buenos Aires. ECRO.

Faleiros, V. (1985) Serviço Social nas instituições: hegemonia e prática. *Serviço Social & Sociedade*. N° 17.

Fava Vizziello, G. Zorzi, C. Bottos, M. (1993) *Los hijos de las máquinas*. Buenos Aires. Nueva Visión.

- Ferrater Mora, J. (2012) *Diccionario de filosofía*. España. Ariel para editorial Planeta.
- Foucault, M. (1974) Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud* 11 (1) 3-25.
- Foucault, M. (2008) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Freire, P. (1975) *La pedagogía del oprimido*. México. Siglo XXI.
- Freud, S. (1997) O mal-estar na civilizacao. *Obras completas da Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago.
- García, J. (1983) Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educación Médica y Salud*. N° 17 (4) 363-397.
- García, R. (2006) *Sistemas complejos*. Buenos Aires. Gedisa.
- Garrahan, J. Servicio Social (1996) *Trabajo Social hospitalario: práctica y quehacer profesional*. Buenos Aires. Espacio.
- Gautié, J. (1998) De la invención del desempleo a su deconstrucción. En: Neffa, J. *Desempleo y políticas de empleo en Europa y Estados Unidos* Buenos Aires. Lumen.
- Gershanik, A. (1992) Salud en los niños y empobrecimiento: su atención. En: Bustelo, J (comp) *Cuesta Abajo*. Buenos Aires. Unicef/Losada
- Gomez Fernandez, J. (1997) *El niño sano*. Colombia. Universidad de Antioquía.
- Gramsci, A. (1978) *Concepción dialéctica de la historia*. Rio de Janeiro. Civilización Brasileira.
- Granda, E y otros. (1995) El sujeto y la acción en la salud pública. *Educación médica y salud* Vol.29 (1) 1-19
- Guarido, R. (2007) A medicalizacao do sofrimento psiquico: consideracoes sobre o discurso psiquiatrico e seus efeitos na educacao. *Educacao y Pesquisa. Universidade de Sao Paulo*, N° 33. 151-161.
- Guerra, Yolanda. (1995) *La instrumentalidad del Servicio Social*. San Pablo. Cortez.
- Gutierrez, A. (2006) *Las prácticas sociales. Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba. Ferreyra editor.
- Habermas, J. (1970) *La reconstrucción del materialismo histórico*. Madrid. Taurus.
- Healy, K. (2001) *Trabajo Social: perspectivas contemporáneas*. Madrid. Morata.

- Hegel, G. (2012) *Fenomenología del Espíritu*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hill, R. (1979) *Caso individual*. Buenos Aires. Humánitas.
- Hobbes, T. (2006) *Discursos histórico políticos*. Buenos Aires. Gorla.
- Honneth, A (2007) *Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento*. Buenos Aires. Katz.
- Honneth, A. (2009) *Crítica del agravio moral*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Hopenhayn, M. (2001) *Repensar el trabajo: profusión y perspectivas de un concepto*. Buenos Aires. Norma.
- Horkheimer, M. (2007) *Crítica de la Razón Instrumental*. Buenos Aires. Terramar.
- Hospital de Niños Sor María Ludovica. (2010) *Misión y Visión*. documento de trabajo institucional, Buenos Aires. Ministerio de Salud Pcia de Buenos Aires.
- Husserl, E. (1971) *La filosofía como una ciencia estricta*. Buenos Aires. Nova
- Iamamoto, M. (1992) *Renovación y conservadurismo em Servicio Social*. San Pablo. Cortez.
- Iamamoto, M. (1997) *Servicio Social y división del trabajo*. San Pablo. Cortez.
- Iamamoto, M (2008) *Servicio Social em tempo de capital fetiche*. San Pablo. Cortez.
- Jameson, F. (2010) *Marxismo tardío. Adorno y la persistencia de la dialéctica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Jay, M. (1989) *Theodor Adorno*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Kaes, R. (1991) Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *A instituição e as instituições*. N° 23. 1-39.
- Kant, I. (1983) *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires. Losada.
- Karsz, S. (2007) *Problematizar el Trabajo Social: definición, figuras, clínica*. España. Gedisa.
- Karsz, S. (2008) Marxismo, Psicoanálisis y Trabajo Social: comentario a la ponencia central de Paulo Netto. *Revista de Trabajo Social*. Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 74. 57-61.

- Kisnerman, N. (1980) *Siete estudios sobre Servicio Social*. Buenos Aires. Humánitas.
- Kruse, H. (1972) *Introducción a la teoría científica del servicio social*. Buenos Aires. ECRO.
- Kruse, H (2011) *Naturaleza, desafíos y perspectivas contemporáneas de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires. Lumen-Humánitas.
- Latour, B. (1987) *Laboratory life: the social construction of scientific facts*. Londres. Sage.
- Lefevre, H. (1976) *Lógica formal y lógica dialéctica*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Lessa, S. (2000) Lukacs: el método y su fundamento ontológico. En: Borgianni, E y Montaña, C. *Metodología y Servicio Social, hoy en debate*. San Pablo. Cortez.
- Lima Santos, L. (1980) El desarrollo del Trabajo Social en América Latina. *Acción Crítica*. N° 8. 25-39.
- Lopez, A. (1995) *La Historia Clínica*. Tesis de Maestría, Buenos Aires. FLACSO.
- López, A. (2008) El Trabajo Social es un síntoma del capitalismo. *Escenarios*. Año II (4). 64 - 69.
- López, A. (2008) Sobre ciencia y Trabajo Social. *Segundo Foro Latinoamericano de Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.
- López, A. Sánchez, S. (2008) *La especificidad del trabajo social en relación al movimiento de desocupados*. Informe final investigación. Cod T054. La Plata. Secretaría de ciencia y técnica. UNLP.
- López A, Capello M, Zolkower, M y otros. (2010) *La especificidad del Trabajo Social*. Informe final de investigación. Cod. T056. La Plata. Secretaría de ciencia y técnica. UNLP.
- López, A. (2012) *La especificidad del Trabajo Social. El estatuto de su objeto*. Informe final de investigación. Cod. T058. La Plata. Secretaría de ciencia y técnica. UNLP.
- Löwy, M. (2002) *Walter Benjamín. Aviso de incendio. Una lectura de la tesis "sobre el concepto de historia"*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Luhmann, N (1998) *Observations on modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Lukács, G. (1969) *La reificación y la conciencia del proletariado*. México. Grijalbo.
- Marquez, S y Meneu, R. (2003) La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*. N° 5. 47 a 53.

- Martinelli, M (1992) *Servicio Social: identidad y alienación*. San Pablo. Cortez.
- Martinelli, M. (1995) *La identidad profesional del Servicio Social*. San Pablo. Cortez.
- Martinelli, M. (2009) La pregunta por la identidad profesional del Servicio Social: una matriz de análisis. *Documento de apoyo programa Maestría en Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Marx, K. (2005) *La ideología alemana*. Buenos Aires. Santiago Rueda.
- Marx, K (2006) *Manuscritos económicos filosóficos (1844)*. Buenos Aires. Colihue.
- Marx, K. (2007) *Elementos Fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857-1858. Libro I*. Buenos Aires. Siglo XI.
- Matus, C. (1992) Fundamentos de la planificación situacional. En: Uribe Rivera, F. *Planeamiento y programación en salud. Un enfoque estratégico*. San Pablo. Cortez.
- Matus, T. (2002) *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social: hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires. Espacio.
- Matus, T. (2010) Debates del Servicio Social contemporáneo. *Documento de apoyo programa Doctorado en Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Matus, T. (2010) Matrices teóricas del Trabajo Social. *Seminario de Doctorado*. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Méda, D. (1998) *El trabajo un valor en peligro de extinción*. Buenos Aires. Gedisa.
- Menéndez, E. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva* Vol.1 (1) 9-32.
- Menéndez, E. (2004) Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, H. *Salud Colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y política*. Buenos Aires. Lugar.
- Menendez, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires. Lugar.
- Mercado Martínez, F. Villaseñor, M., & Lizardi. (2000) Investigación cualitativa en salud en América Latina. Un campo en consolidación. *Revista Universidad de Guadalajara* N° 17. 19-30.

- Mercado Martínez, F. (2002) Investigación cualitativa en América Latina: perspectivas críticas en salud. *International Journal of qualitative methods*. University of Alberta. 1-15.
- Merhy, E (2006) *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires. Lugar.
- Merleau-Ponty, M. (1985) *Fenomenología de la percepción*. Barcelona. Planeta-De Agostini.
- Meyerson, E. (1929) *Identidad y realidad*. Madrid. Reus.
- Miranda Aranda, M. (2010) *De la caridad a la ciencia I. Trabajo Social la construcción de una disciplina científica*. Buenos Aires. Espacio.
- Molina Molina, M. (2004) *Modelo de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social*. Costa Rica. Universidad de Costa Rica.
- Montaño, C. (2000) *La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. San Pablo. Cortez.
- Montaño, C. (2013) Trabajo Social: teoría, prácticas y emancipación. *IX Jornada de Trabajo Social*. Mar del Plata. Colegio de Trabajadores Sociales Provincia de Buenos Aires.
- Morin, E. (1992) *Introducción al pensamiento complejo*. Buenos Aires. Gedisa
- Netto, P. (1997) *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. San Pablo. Cortez.
- Nunes, E. (1986) *Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales y la América Latina: una visión general*. México. OPS- CIEU.
- Oliva, A. (2007) *Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires. Ediciones Cooperativas.
- Oliva, A y Mallardi, M. (2011) *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires..
- OMS.(2011) Temas de salud. Recuperado de: [http:// www.oms.org.ar](http://www.oms.org.ar). (último acceso: agosto de 2011).
- Onocko Campos, R. (1999) *O planejamento em saúde sob o enfoque da hermeneutic*. Mimeo. Sao Paulo. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Universidad de Campinas.

- Ortega Carrillo de Albornoz, A. (2006) *Derecho Privado Romano*. Madrid. Eunsas.
- Parra, G. (1999) *Antimodernidad y Trabajo Social. orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino*. Luján. Universidad Nacional de Luján.
- Pires, D. (1998) *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. San Pablo. Ammablume.
- Popper, K. (1980) *La lógica de la investigación científica*. Madrid. Tecnos.
- Raimondi, R. (2010) *Estructura orgánico-funcional del Hospital Sor María Ludovica*. Documento de trabajo. La Plata. HIAEP Sor María Ludovica.
- Ricoeur, P. (2001) *Del texto a la acción*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Rifkin, J. (1996) *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*. Madrid. Paidós.
- Rojas, S. (1991) *Fin de las filosofías de la conciencia y emergencia de la intersubjetividad de la acción comunicativa*. España. Universidad de Zaragoza.
- Rosen, G. (1994) *Uma história da saúde pública*. São Paulo. UNESP.
- Rozas, M. (1998) *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención profesional*. Buenos Aires. Espacio.
- Rozas, M. (2001) *La intervención profesional en relación con la cuestión social*. Buenos Aires. Espacio.
- Saltalamacchia, H. (1992) *La historia de vida*. Puerto Rico. Ediciones CIJU.
- Saltalamacchia, H. (2005) *Del proyecto al análisis: aportes a una investigación cualitativa socialmente útil*. Buenos Aires. El Artesano.
- Samaja, J. (1994) *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires. Eudeba.
- Samaja, J. (1994) *La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida*. Monografía. Buenos Aires. OPS.
- Samaja, J. (1994) *Unidad objetiva y hermenéutica*. Buenos Aires. Poligrafía.
- Samaja, J. (1996) *El lado oscuro de la razón*. Buenos Aires. Episteme.
- Samaja, J. (1997) *Fundamentos epistemológicos de las ciencias de la salud*. Tesis doctoral. Río de Janeiro. Biblioteca de Salud Pública, indexada a LILACS (Nº de registro 406005).

Samaja, J. (2004) *Epistemología de la salud: reproducción social, intersubjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Lugar.

Sánchez, S. (2004) *La intervención del trabajador social desde una perspectiva interdisciplinaria*. Tesis de Maestría. La Plata. UNLP.

Sánchez, S y Rivero, M. (2005) *Protocolo de atención para Servicios Sociales Hospitalarios*. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Distrito La Plata.

Sanchez, S y Alarcón, F. (2008) Pacientes cronificados en la Terapia. Un estudio descriptivo sobre su situación y los problemas éticos que genera. *Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Terapia Intensiva*, Viña del Mar

Sánchez, S. (2009) La internación domiciliaria como alternativa de abordaje para pacientes crónicos irreversibles. *Jornada del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires*. Mar del Plata.

Sartre, J. (1963) *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires. Losada.

Schnitman, D. (1994) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires. Paidós.

Schutz, A. (1990) *Fenomenología del mundo social*. Buenos Aires. Paidós.

Shutz, A. (1993) *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la Sociología Comprensiva*. España. Paidós.

Sousa Minayo, M. (1997) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires. Lugar.

Strauss, A y Corbin, J. (2002) *Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia. Editorial Universitaria de Antioquia.

Testa, M. (1990) *Pensar en Salud Pública*. Buenos Aires. Lugar.

Thomas, K. (1971) *Las estructuras de las revoluciones científicas*. Buenos Aires. Fondo de cultura económica.

Travi, B (2006). *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio.

Vallejos, G. (1999) Pierce, pragmatismo, semiótica y realismo. *Cinta de Moebio*. Universidad de Chile. N° 5. 14-28.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa.

Vivero Arriagada, L. (2007) Participación social en salud y conocimiento popular ¿realidad o retórica política? *Revista Regional de Trabajo Social*. Uruguay. N° 40. 37-56.

Weber, M. (1964) *Economía y Sociedad*. México. Fondo de cultura económica.

Weber, M. (1994) *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México. Coyoacán.

Yazbek, C. (1993) *Clases subalternas y asistencia social*. San Pablo. Cortez.

Zemelman, H. (1989) *De la historia a la política: la experiencia de América Latina*. México. Siglo XXI.

Zemelman, H (1992) *Los horizontes de la razón*. Barcelona. Anthropos.

ANEXO

1- Construcción del cuestionario o encuesta

La práctica profesional de los trabajadores sociales

- 1- Título:
- 2- Institución que otorgó el título:
- 3- Año en que se recibió de TS (o equivalente):
- 4- Título postgrado: No - Sí: (título, institución y año)
- 5- Edad:
- 6- Género:
- 7- ¿Trabaja también como docente en la formación de trabajadores sociales?
- 8- Lugar de trabajo (organización, institución, Programa, Dirección, Secretaría y/o Ministerio):
- 9- Antigüedad en el cargo o función:
- 10- Describa qué hace como TS: funciones que desempeña, población destinataria o usuarios, tareas que realiza, objetivos de la intervención social
- 11- ¿Qué preguntas se hace a sí mismo/a con respecto a su práctica profesional concreta?:
- 12- ¿Cuáles son los obstáculos y/o conflictos que aparecen en su práctica laboral?
- 13- Entre lo que la institución le pide que haga (por su función) y lo que realmente hace: ¿hay *mucha coincidencia*, *parcial coincidencia* o *poca coincidencia*?
- 14- ¿Qué grado de satisfacción personal obtuvo en sus recientes intervenciones?:
Mucha/bastante-Un poco/en parte-Escasa/Nula ¿Por qué?
- 15- Frente a los obstáculos que se han presentado en su práctica: ¿en qué medida lo que le produjo esa situación y lo que hizo al respecto, coinciden con las siguientes expresiones:
-Insatisfacción, frustración, impotencia: *Muy coincidente/Relativamente coincidente/No coincidente*.

-Aunque sé que es imposible resolver las necesidades, puedo llegar a sentirme mejor por lo que logre hacer: *MC/RC/NC*

-Sufro con el otro, por el otro; lo que significa estar comprometida/o con mi trabajo: *MC/RC/NC*

-Voy a trabajar, hago lo que puedo de lo que la institución me pide, termino y me voy: *MC/RC/NC*

-Me llevó a replantearme todo lo que pensé: *MC/RC/NC*

-Me siento dividido/a entre responder por lo que me llaman a intervenir y lo que me está pidiendo el entrevistado: *MC/RC/NC*

-Encarar el desafío de buscar estrategias, qué más podemos hacer, ser creativa/o: *MC/RC/NC*

-Pensar de otra forma, con un posicionamiento distinto, una mirada crítica; trabajar desde otro lugar: *MC/RC/NC*

-A pesar de los obstáculos y/o límites ya no sufro en el trabajo, me da ganas de ir a trabajar: *MC/RC/NC*

2- Análisis de las variables dependientes de la encuesta

N: 44 encuestas

a) Variables descriptoras del perfil de Trabajadores Sociales que ejercen su práctica en el campo de la salud, por frecuencia:

- Género
- Edad
- Tipo de institución de formación de grado
- Título de grado
- Año de egreso
- Formación de postgrado
- Tipo de organismo empleador
- Antigüedad en el cargo actual
- Formación de Trabajadores Sociales

Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	42	95,5	95,5	95,5
Válidos Masculino	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Nueve de cada diez Trabajadores Sociales son mujeres.

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos hasta 30 años	13	29,5	29,5	29,5
entre 31 y 40 años	13	29,5	29,5	59,1
entre 41 y 50 años	10	22,7	22,7	81,8
más de 50 años	7	15,9	15,9	97,7
n/c	1	2,3	2,3	100,0
Total	44	100,0	100,0	

La proporción mayor de edades corresponde a la categoría etaria más joven, menores de 30 años, quienes comparten el mismo porcentaje con el grupo comprendido entre las edades 31 a 40 años, representando proporciones equivalentes de población. En segundo término, los profesionales comprendidos entre las edades 41 a 50 años y, por último, los de más de 50 años, con una cifra poco significativa

Tipo de institución de formación de grado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos UNLP	27	61,4	61,4	61,4
UBA	5	11,4	11,4	72,7
Caritas LP	3	6,8	6,8	79,5
UCALP	1	2,3	2,3	81,8
Otras	8	18,2	18,2	100,0
Total	44	100,0	100,0	

La mayoría de los encuestados se formó en instituciones públicas universitarias, guardando una relación muy despareja con aquellos egresados de instituciones privadas u otras.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Lic. TS	35	79,5	79,5	79,5
Asist. Social	5	11,4	11,4	90,9
AS y SP	2	4,5	4,5	95,5
Trabajador Social	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Ocho
de
cada
diez
traba
jador

es sociales tienen el título de Licenciado en Trabajo Social, el 20% restante varía entre las otras denominaciones de grado que actualmente se encuentran homologadas por la ley de ejercicio profesional.

Año de egreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos hasta '86	5	11,4	11,4	11,4
entre '87 y '91	3	6,8	6,8	18,2
entre '92 y '96	5	11,4	11,4	29,5
entre '97 y '01	1	2,3	2,3	31,8
entre '02 y '06	8	18,2	18,2	50,0
entre '07 y '12	20	45,5	45,5	95,5
n/c	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

El 45,5% de los encuestados se graduó hace menos de 5 años. Un 22,8 % lo hizo entre 1986 y 1996, o sea hace más de 15 años, y un 18,2% lo hizo entre los años 2002 y 2006.

Formación de posgrado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	7	15,9	15,9	15,9
NO	37	84,1	84,1	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Sólo el 15% de los encuestados tiene formación de postgrado.

Institución empleadora

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Público nacional	6	13,6	13,6	13,6
Público provincial	20	45,5	45,5	59,1
Público municipal	15	34,1	34,1	93,2
Privado	3	6,8	6,8	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Casi la mitad de los encuestados trabaja en el sector público provincial, coincidiendo con la disposición geográfica de los hospitales seleccionados para la muestra. Una tercera parte lo hace en el sector municipal, asociado a la atención primaria de la salud. Sólo un 10% en el ámbito nacional y un porcentaje del 6,8% en privado.

Antigüedad en el cargo actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
menos 10	31	70,5	70,5	70,5
e 11 y 20	5	11,4	11,4	81,8
más 20	6	13,6	13,6	95,5
n/c	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

El 70% de los encuestados posee menos de 10 años en el cargo, por lo que es una amplia franja de agentes que se desempeñan bajo la lógica institucional actual de los hospitales. El 18% restante tiene entre 11 y 20 años o más. Dichos agentes pueden ser capaces de comparar modelos prestacionales piramidales y los actuales o matriciales.

Formación de TS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	7	15,9	15,9	15,9
Válidos No	37	84,1	84,1	100,0
Total	44	100,0	100,0	

El 84% de los encuestados realiza sólo tareas asistenciales, y un 15% se desempeña como docentes formadores de Trabajadores Sociales; estas tareas son un complemento del ejercicio profesional.

b) Relaciones entre variables para establecer tipologías (por contingencia)

- Tipo de formación de grado según edad
- Tipo de título obtenido según edad
- Año de egreso según edad
- Formación de postgrado según edad
- Forma de relación laboral según edad
- Tipo de organismo empleador según edad

Tipo de institución de formación de grado según edad

Recuento

		Formación de grado					Total
		UNLP	UBA	Caritas LP	UCALP	Otras	
Edad	hasta 30 años	7	4	0	0	2	13
	entre 31 y 40 años	11	0	0	0	2	13
	entre 41 y 50 años	8	0	0	0	2	10
	más de 50 años	0	1	3	1	2	7
	n/c	1	0	0	0	0	1
Total		27	5	3	1	8	44

En los jóvenes profesionales –entre 30 y 40 años- predomina la formación en la universidad pública. También ha sido una elección entre los profesionales que hoy tienen entre 41 y 50 años. Entre los que tienen más de 50 años llama la atención la elección por entidades públicas asociadas a una ideología religiosa determinada.

Tipo de título de grado según edad

Recuento

	título de grado				Total
	Lic. TS	Asist. Social	AS y SP	Trabajador Social	
hasta 30 años	12	0	0	1	13
entre 31 y 40 años	13	0	0	0	13
entre 41 y 50 años	7	1	2	0	10
más de 50 años	2	4	0	1	7
n/c	1	0	0	0	1
Total	35	5	2	2	44

Año de egreso según edad

Recuento

	Año de egreso							Total
	hasta '86	entre '87 y '91	entre '92 y '96	entre '97 y '01	entre '02 y '06	entre '07 y '12	n/c	
H/ 30 años	0	0	0	0	1	12	0	13
E/31 y 40 años	0	0	0	1	6	6	0	13
Edad E/41 y 50 años	1	3	4	0	0	0	2	10
Mas 50 años	4	0	1	0	1	1	0	7
n/c	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	5	3	5	1	8	20	2	44

La franja de profesionales menores de 30 años ha egresado hace menos de diez años y es la mayoría de los encuestados. Aquellos que tienen entre 40 y 50 años llevan más de diez años de egreso y los mayores de 50 años se graduaron hace más de 20 años.

Formación de postgrado según edad

Recuento		Formación postgrado		Total
		SI	NO	
Edad	hasta 30 años	2	11	13
	entre 31 y 40 años	3	10	13
	entre 41 y 50 años	2	8	10
	más de 50 años	0	7	7
	n/c	0	1	1
Total		7	37	44

Es significativo el número absoluto de trabajadores sociales que no poseen formación de postgrado. Entre los 30 y los 50 años el número de profesionales es homogéneo, aunque no relevante en relación con el total de encuestados.

Tipo de institución empleadora según edad

Recuento		Institución empleadora				Total
		Público nacional	Público provincial	Público municipal	Privado	
Edad	hasta 30 años	2	6	5	0	13
	entre 31 y 40 años	3	4	3	3	13
	entre 41 y 50 años	0	7	3	0	10
	más de 50 años	1	3	3	0	7
	n/c	0	0	1	0	1
Total		6	20	15	3	44

La proporción etaria mayor de los que trabajan en el sector público provincial está entre los jóvenes y se mantiene con el aumento de la edad. En todas las categorías etarias hay significativos porcentuales entre quienes trabajan en el sector público municipal.

Antigüedad en el cargo actual según edad

Recuento						
		Anti. cargo actual				Total
		menos 10	en 11 y 20	más 20	n/c	
Edad	hasta 30 años	12	0	0	1	13
	entre 31 y 40 años	13	0	0	0	13
	entre 41 y 50 años	3	3	3	1	10
	más de 50 años	2	2	3	0	7
	n/c	1	0	0	0	1
Total		31	5	6	2	44

El grupo etario más joven posee menos de 10 años de antigüedad en el cargo, en congruencia con los pocos años de ejercicio profesional. Entre 31 y 40 años se observa la misma situación. Entre los grupos de 41 a 50 años y más de 50 años la frecuencia está repartida entre las opciones, obteniendo un peso mayor los cargos con más de 20 años de antigüedad; sin embargo, en números absolutos esto no es significativo

Formación de otros TS según edad

Recuento				
		Forma. TS		Total
		Sí	No	
Edad	hasta 30 años	2	11	13
	entre 31 y 40 años	2	11	13
	entre 41 y 50 años	3	7	10
	más de 50 años	0	7	7
	n/c	0	1	1
Total		7	37	44

La mayoría de los encuestados no desarrolla actividades docentes como parte de su actividad profesional, formando a otros trabajadores sociales. Se observa que, con poca relevancia, los más jóvenes se encuentran insertos en áreas de formación profesional, incrementándose hasta la franja etaria entre 41 y 50 años. Luego, en los profesionales de mayor edad (más de 50 años) hay una ausencia total de este tipo de actividad.

3- Análisis de las variables independientes de la encuesta

N: 44 encuestas

a) Variables descriptoras del decir de los Trabajadores Sociales respecto de la práctica

- Tareas 1, 2 y 3
- Objetivos de la intervención
- Coincidencia entre lo que la institución pide que haga y lo que hace
- Auto-preguntas que se formula frente a su práctica
- Obstáculos
- Grado de satisfacción de las intervenciones

Tareas 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entrevistar	11	25,0	25,0	25,0
Asesorar	6	13,6	13,6	38,6
ejecutar programas	4	9,1	9,1	47,7
articular con otras instituciones	2	4,5	4,5	52,3
coordinación grupal y talleres	3	6,8	6,8	59,1
Encuestar	2	4,5	4,5	63,6
acompañamiento	4	9,1	9,1	72,7
Supervisión	3	6,8	6,8	79,5
Admisión	1	2,3	2,3	81,8
Seguimientos	1	2,3	2,3	84,1
extenuación-egresos	1	2,3	2,3	86,4
Gestiones	3	6,8	6,8	93,2
Otros	2	4,5	4,5	97,7
n/c	1	2,3	2,3	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Entrevistan el 25% de los encuestados. Asesorar, acompañar y ejecutar programas 31,8%, seguidos por la supervisión y la admisión, 9,1%. La gestión ocupa el 6,8% de las tareas que se realizan. Admisión, extenuación y seguimientos arrojan un 2,3% cada uno.

Tareas 2				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entrevistar	2	4,5	4,5
	Asesorar	1	2,3	6,8
	ejecutar programas	4	9,1	15,9
	articular con otras	4	9,1	25,0
	instituciones			
	visitas domiciliarias	3	6,8	31,8
	informes sociales	2	4,5	36,4
	coordinación grupal y	1	2,3	38,6
	talleres			
	acompañamiento	1	2,3	40,9
	planificación	1	2,3	43,2
	tareas comunitarias	3	6,8	50,0
	Admisión	2	4,5	54,5
	seguimientos	3	6,8	61,4
	externación-egresos	1	2,3	63,6
	capacitación	1	2,3	65,9
	Gestiones	8	18,2	84,1
	elaboración proyectos	1	2,3	86,4
	Otros	2	4,5	90,9
	n/c	3	6,8	97,7
	No	1	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0

Sigue persistiendo la tarea de gestionar con mayor peso estadístico respecto de otras actividades, 18,2%. Otros y no sabe se lleva el 10,11% de las respuestas. Admisión y seguimiento aumenta respecto del cuadro anterior, 6,8% y 4,5%, respectivamente.

Tareas 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asesorar	1	2,3	2,3	2,3
ejecutar programas	1	2,3	2,3	4,5
articular con otras instituciones	5	11,4	11,4	15,9
visitas domiciliarias	1	2,3	2,3	18,2
informes sociales	1	2,3	2,3	20,5
coordinación grupal y talleres	3	6,8	6,8	27,3
planificación	1	2,3	2,3	29,5
Válidos supervisión	1	2,3	2,3	31,8
Admisión	1	2,3	2,3	34,1
seguimientos	1	2,3	2,3	36,4
externación-egresos	3	6,8	6,8	43,2
capacitación	4	9,1	9,1	52,3
Gestiones	3	6,8	6,8	59,1
Otros	5	11,4	11,4	70,5
n/c	5	11,4	11,4	81,8
No	8	18,2	18,2	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Gestión, capacitación, externación y egresos, admisiones surgen como las tareas más relevantes aunque con poco peso estadístico: ninguna supera el 10% de los encuestados.

Aquí surgen la articulación con otras instituciones y la coordinación grupal y de talleres con un peso estadístico importante respecto de las dos tablas anteriores.

Objetivos de la intervención				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Inclusión Social / Accesibilidad	11	25,0	25,0
	Mejorar la calidad de vida	7	15,9	40,9
	Incrementar la participación de los usuarios en las Políticas Sociales	4	9,1	50,0
	Prevención (Salud)	3	6,8	56,8
	Promoción (Salud)	4	9,1	65,9
	Restituir derechos vulnerados	6	13,6	79,5
	Fortalecimiento de organizaciones sociales	2	4,5	84,1
	Aportar a la autonomía	1	2,3	86,4
	Sostener/concluir escolaridad	1	2,3	88,6
	Inserción laboral	1	2,3	90,9
	n/c	4	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0

El mayor porcentaje de respuestas está destinado a objetivos profesionales, para incluir o lograr accesibilidad para los usuarios-pacientes y restituir derechos. Le siguen con un 9% incrementar la participación de los usuarios en las políticas sociales. Promoción y prevención de la salud, 15,9%. El 9% de la población encuestada no pudo contestar la pregunta.

Coincidencia entre lo que la institución pide y lo que hace

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
mucha	13	29,5	29,5	29,5
parcial	24	54,5	54,5	84,1
Válidos Poca	3	6,8	6,8	90,9
n/c	4	9,1	9,1	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Hay más relevancia en la coincidencia parcial entre lo que se les pide que hagan y lo que efectivamente hacen como profesionales, 54,5%. Refieren mucha coincidencia en un 29,5%.

Auto-preguntas que se formula frente a su práctica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	3	6,8	6,8	6,8
político-ideológica	4	9,1	9,1	15,9
Eficacia	3	6,8	6,8	22,7
impacto-utilidad	9	20,5	20,5	43,2
Auto-evaluación crítica	7	15,9	15,9	59,1
superar obstáculos	3	6,8	6,8	65,9
Alternativas	1	2,3	2,3	68,2
interdisciplina-redes	2	4,5	4,5	72,7
Válidos coherencia discurso y práctica	1	2,3	2,3	75,0
autonomía usuario	1	2,3	2,3	77,3
ética sin suficiente materialidad	3	6,8	6,8	84,1
existencial-hasta cuándo	1	2,3	2,3	86,4
Especificidad del ts	2	4,5	4,5	90,9
Otras	1	2,3	2,3	93,2
n/c	3	6,8	6,8	100,0
Total	44	100,0	100,0	

El 20,5% de los encuestados se pregunta acerca del impacto/utilidad de lo que hace. Un 15,9 % refiere realizar una autorreflexión crítica respecto de su práctica. Un 6,8% se encuentra preocupado respecto de estar frente a una ética sin materialidad y sólo un 4,5% se pregunta respecto de la especificidad disciplinar.

Obstáculos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presupuesto	6	13,6	13,6
	colaboración institucional	3	6,8	20,5
	compromiso familiar	2	4,5	25,0
	equipo-cooperación-interdisciplina	10	22,7	47,7
	burocracia-planif. Institu.	4	9,1	56,8
	ejecución políticas	5	11,4	68,2
	modelo médico hegemónico	2	4,5	72,7
	Objetivismo	1	2,3	75,0
	disputas políticas	4	9,1	84,1
	precarización laboral propia	1	2,3	86,4
	ideología de las políticas sociales	4	9,1	95,5
	Otras	1	2,3	97,7
	n/c	1	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0

El mayor porcentaje se refleja en la carencia del trabajo en equipo, o el abordaje interdisciplinar: 22,7%. Un 11,4% refiere que su obstáculo es la ejecución de las políticas sociales. El 9% plantea que el obstáculo está en la burocracia institucional. Mismo porcentaje presentan las disputas políticas y la ideología que las sustentan. La falta de

presupuesto para llevar adelante la tarea arroja un 6,8%. Un 4,5% plantea que su obstáculo está en el modelo médico hegemónico.

Grado de satisfacción en las intervenciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
mucho/bastante	19	43,2	43,2	43,2
un poco/en parte	22	50,0	50,0	93,2
Válidos n/c	1	2,3	2,3	95,5
n/s	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

En cuanto al grado de satisfacción que alcanzan los profesionales encuestados respecto de sus intervenciones, un 50% respondió que logra alcanzarlo en parte; un 43,2% lo hace bastante. Resulta claro que esta variable se contrasta con la relativa distancia o acercamiento que consideran los profesionales entre sus expectativas, la particularidad del escenario institucional donde ejercen su práctica y la realidad efectiva.

4- Construcción de la entrevista a informantes claves:

1. ¿Cuál es su última formación académica alcanzada?
2. Trayectoria laboral y/o académica (consignar también años de antigüedad)
3. Desarrolle libremente en qué consiste su práctica profesional cotidiana en el Hospital
4. ¿Percibe que en su práctica profesional hospitalaria se utiliza un lenguaje específico?
Enuncie algunos ejemplos

5. ¿Qué instrumentos utiliza para el registro de su acción profesional?
 6. ¿Hay diferencias entre el desarrollo actual de su profesión en el Hospital y la que se realizaba hace diez años? Detalle
 7. ¿Qué aspectos destaca más de su intervención profesional hospitalaria con respecto a otros campos de actuación del Trabajo Social?
 8. ¿Cuál es el mayor logro del Trabajo Social en su hospital?
 9. ¿Cuál es aún el mayor desafío de la práctica del Trabajo Social en la institución?
 10. ¿Qué corrientes teóricas o concepciones del Trabajo Social lo orientan en la comprensión – explicación de su práctica hospitalaria?
 11. ¿Qué perspectiva de salud guía sus acciones profesionales dentro del hospital? ¿Considera que es compartida con otras profesiones de la salud?
 12. ¿Cómo afecta o no el proceso de medicalización en su forma de atención a los usuarios/pacientes que la demandan?
- a) Descripción del Análisis de Contenido sobre la base de la codificación de las entrevistas

Formación académica: Los entrevistados poseen un desarrollo profesional de grado académico universitario, con formación de postgrado y/o con trabajo como docente universitario, sobrepasando los 20 años de ejercicio profesional en el área de la salud. Por lo tanto, se considera que han adquirido cierta especialización a partir del espacio de inserción laboral, lo que los califica como testimonios clave del perfil trabajador social en salud.

Esta categoría adquiere importancia sólo para caracterizar al grupo de profesionales entrevistados, no aportando mayor peso al análisis cualitativo, ya que se esperaba un perfil

de este tipo si se considera que todos los casos seleccionados son jefes de servicios, lo que en líneas generales cumple con la regla de alrededor de 20 años de antigüedad y trabajo profesional acumulado, en intervención y tarea asistencial. La presencia de formación de postgrado tampoco resulta novedosa debido a que, en la disciplina en particular y en las ciencias sociales, la oferta de postgrados lleva alrededor de veinte años de vigencia en nuestro país.

Como informantes clave, esta población resulta ser la contracara de lo descripto para los encuestados como perfil profesional y por ello completa la muestra seleccionada para este estudio.

Tareas de la práctica profesional en salud: de las respuestas de los entrevistados se registran tareas de gestión y coordinación, que serán consideradas como inherentes a su rol de jefe de servicio, tal como ellos lo expresaron.

Con respecto a las tareas que realiza como Trabajador Social, se las denomina en forma unánime “tareas asistenciales” en clara coincidencia con el modelo médico, donde se “asiste” a las personas enfermas. La acción de asistir en salud está arraigada fuertemente con las instituciones clásicas que brindan salud, como son los hospitales públicos. Como modelo prestacional de servicios atraviesa la tarea hospitalaria como una filosofía de atención, la cual tiene su origen en los siglos XVII-XVIII con la conformación de los primeros hospicios en Inglaterra y Francia. (M. Foucault 2008)

En todos los casos se menciona la gestión unida a la atención, como si fuera su homólogo. En este aspecto se requirió indagar qué comprendía la gestión. En algunos casos, se diferencia de la gestión de recursos por su relación con la organización del Servicio Social como espacio laboral. En otros casos se evidenció la unión que tenía el concepto con la gestión de recursos mediante la ejecución de diversas políticas públicas en salud, traducidas en programas específicos de atención de patologías particulares.

En general no se encontró discrepancia con las respuestas obtenidas de la encuesta, donde la gestión de recursos obtuvo uno de los mayores porcentajes cuando se preguntaba acerca de la tarea que se realiza como Trabajador Social. Con la instrumentación de la entrevista, este aspecto pudo ser relevado en particular y en profundidad, dando elementos para descomponer el concepto gestión en actividades específicas (diligenciamiento de recursos

económicos para efectivizar altas hospitalarias, compra de medicamentos, obtención de equipamiento médico, traslados en ambulancia).

Llama la atención que los entrevistados califiquen como tareas sociales a aquellas que han sido identificadas tradicionalmente como médicas, como los pases de sala en la internación, lo que sugiere una internalización del paradigma médico por parte de disciplinas que tienen un origen en las ciencias humanas o sociales. Este aspecto se retomará en el capítulo dedicado a Conclusiones.

Los entrevistados señalan como tareas específicas a la profesión: la entrevista al inicio, durante el proceso y al finalizar la atención del paciente, la participación en pases de sala de internación, y la coordinación interinstitucional, sobre todo para aquellos hospitales de alta complejidad o tercer nivel de atención, lo cual caracteriza a la institución donde trabajan todos los casos entrevistados.

No aparece la tarea de asesoramiento como un rol destacado dentro de las tareas del Trabajador Social para este grupo de entrevistados, a pesar de que en la encuesta se evidenció en segundo lugar como lo más contestado.

Existencia de lenguaje específico del Trabajo Social en salud: Todos los entrevistados coinciden en que existe un lenguaje específico para identificar la intervención social en salud. Resulta interesante ver que, cuando se alcanza un nivel de análisis conceptual sobre el mismo, surge nuevamente la dominación de palabras médicas hacia el espacio de prácticas sociales.

Se identificaron los siguientes términos, con mayor peso de significación, mayor reiteración, y enumerados primeramente en el relato de la respuesta, en todos los entrevistados: consulta, internación, pases de sala, diagnóstico, interconsulta, estudios, evolución, pronóstico, prevención, pautas de alarma, alta, escaso nivel de alerta, accesibilidad, proceso salud-enfermedad-atención, demanda, redes, intersectorialidad, contrarreferencia, entrevistas.

Con menor peso de significación se encuentran los siguientes términos: historicidad, vínculos, familia, organización familiar, interdisciplina, intervención, sujeto de derechos, familia multiproblemática, familia ensamblada.

Es evidente que para armar el mapa conceptual que guiará la intervención profesional, los profesionales de Trabajo Social que ejercen su práctica en salud se encuentran teñidos por la lógica médica que les confiere su lenguaje para que, en el uso del mismo, se sientan incluidos en el sistema. La relegación en el peso específico de los términos de uso particular, dentro de las disciplinas llamadas del campo de lo social, muestra una correlación de fuerzas al menos dispar entre ambos contextos, el médico y el social, donde este último inserta su saber en el saber de la medicina o campo de las ciencias naturales, buscando una legitimación de su práctica a partir de la absorción de la lógica médica como si ésta tuviera un nivel de importancia mayor, por el cual es capaz de contener a lo social. Esto no permite un entrecruzamiento horizontal entre ambos campos del saber, replicando líneas invisibles de poder o hegemonía, a veces generados desde el propio campo de saber no médico.

Relación entre la tarea hospitalaria del Trabajador Social y otras prácticas profesionales: los profesionales entrevistados destacan la autonomía y la autodeterminación en el ejercicio profesional, la jerarquización del Trabajo Social en el campo de la salud, y las condiciones para poder desarrollar un Trabajo Social no estereotipado, por la posibilidad de una construcción permanente de su rol, apelando a ser conscientes con las coordenadas institucionales donde se ejerce la profesión.

Cabe preguntar aquí cuál sería el concepto de autonomía desde el cual se realizan estas consideraciones, si se tiene en cuenta el análisis de las categorías anteriores. Es probable que los profesionales sientan que adquieren este grado de independencia a partir del reconocimiento del Trabajo Social en los hospitales y que ello, aunque real, no muestre en primera instancia cuáles han sido las condiciones históricas necesarias para ocupar ese lugar en la actualidad. Podría inferirse que se adquiere autonomía a partir de una dependencia sutil a una lógica médica que adopta necesariamente espacios sociales dentro de la atención de los pacientes, pero que esto no indique un concepto de autonomía donde se homologue el ejercicio profesional al menos a procesos de autodeterminación, donde lo específico del Trabajo Social rompa en lo real con la hegemonía médica.

Adecuación entre objetivos de la práctica y logros/desafíos institucionales: Respecto de los objetivos de la práctica, los entrevistados reservan el campo de los derechos en relación con la producción de salud como un ámbito del cual el Trabajo Social se ocupa, y por el cual ha adquirido un espacio propio de acción. Paradójicamente con ello se destaca un apego a la estructura, en principio como un desafío a lograr, como aquella necesidad de permanecer en la institución a partir de pertenecer, como modo de legitimación profesional.

Por otro lado, la revisión de conceptos, la crítica a la universalización de la práctica hospitalaria, el rechazo a la inercia -lo que para los entrevistados homologa el quehacer profesional con posturas paramédicas-, se repiten recurrentemente como elementos a tener en cuenta para llevar a la práctica profesional a un nivel de jerarquización más alto, lo que implica además promover ámbitos de autonomía cada vez mayores.

El logro de objetivos y los desafíos no aparecen con una correlación significativa. En los objetivos se marcan condiciones de materialidad que deben concretarse para que el Trabajo Social sea reconocido en la institución, mientras que en el terreno de los desafíos aparece la autorreflexión, prevaleciendo la crítica hacia el interior de los profesionales, no involucrando nada del sistema en ese acto “consciente” de repensar la práctica de manera permanente, durante la propia acción.

Aparece aquí una escisión entre la estructura institucional y el sujeto profesional como producto de su autorreflexión, por lo que cabe realizar la pregunta acerca de si es posible separar ambas dimensiones en la intervención social.

Orientación teórica de la intervención profesional: Aspecto relacionado con la categoría anterior, se evidencia una diversidad de respuestas como en ninguna de las categorías hasta ahora trabajadas. En algunos de los entrevistados no se logró una clara referencia a un marco teórico que dé elementos para explicar la acción profesional. Otros definen su orientación teórica como pragmática, lo que puede traducirse en practicista, ya que no mencionan propuestas teóricas definidas por un cuerpo organizado de teorías como, por ejemplo, la propuesta pragmática de Pierce. Junto con ello se hace referencia a la apelación indiscriminada de varias teorías, las que pueden explicar un grupo de fenómenos, como caja de herramientas disponibles (no a la manera de Foucault). Este eclecticismo se

encuentra justificado por la variación de los problemas a abordar, pero con ausencia de referencia a dimensiones sociales al menos complejas, las que podrían aceptar, en principio, la apelación a más de un cuerpo teórico para la explicación de un fenómeno. Por último, un solo entrevistado definió que trabajaba bajo la orientación de la teoría crítica, pero no logró delimitar qué implicaba dicho concepto. Ninguno de los entrevistados pudo dar cuenta de autores de referencia para su labor profesional, aspecto que también se destacó en la implementación de la encuesta, en el mismo sentido.

Perspectiva en salud: los entrevistados ligan la salud con los derechos, y derivan de ello la necesidad de abrirse a concepciones multidimensionales o complejas, considerando que la salud es intrínsecamente un proceso dinámico. Sin embargo, no se define al concepto que precede a tales ideas. Se podría inferir aquí que, hablar de derechos, complejidad, multidimensión y dinámica de los procesos de salud, deviene en perspectivas teóricas no correspondidas con el modelo biologicista vigente y que, por lo tanto, apuestan al menos a posiciones contra-hegemónicas. Sin embargo, es relevante la falta de adherencia a algún modelo en salud, a pesar de que en dicho campo resultan evidentes en la historia misma del desarrollo de la medicina y la salud pública, al menos para Latinoamérica (ver capítulo 1).

Incidencia de la medicalización en el desarrollo de la práctica efectiva: unánimemente todos los entrevistados consideran que el proceso de medicalización afecta sus prácticas, marcando un plus por el hecho de tratarse de hospitales de alta complejidad, donde *es más visible y afecta la autonomía y /o autodeterminación de las personas en la atención de su salud*. Reconocen la dominancia de este proceso en el Trabajo Social y, a la vez, se develan críticos en el trabajo diario para no sentirse absorbidos por dicho síntoma en la atención de la salud. Son conscientes de que el proceso de medicalización lleva a responder a formatos instituidos, lo que muchas veces hace fracasar la intervención profesional. Sin embargo, rescatan nuevamente que trabajar por los derechos de los usuarios/pacientes ejercita a los profesionales para no caer en sus influencias. A pesar de que estas reflexiones resultan propicias para la discusión del modelo de medicalización, no se observa correspondencia

con las tareas concretas. En ese aspecto, ya se reveló que nombraban la tarea profesional del Trabajador Social con conceptos adquiridos desde la medicina.

A pesar de ello, se considera promisorio que puedan advertir que el proceso de medicalización está inserto en los hospitales, independientemente del modelo prestacional que presenten en sus discursos y que, en el ejercicio reflexivo de su práctica, están las condiciones para superarlo

5- Consentimiento Informado para la Encuesta

Universidad Nacional de La Plata. Secretaría de Ciencia y Técnica. Facultad de Trabajo Social. Programa de Incentivos a la investigación.

PROYECTO DE INVESTIGACION: La especificidad en Trabajo Social

Director del proyecto: Prof. Dr. Antonio López

El presente proyecto tiene por objetivo describir la práctica de los Trabajadores Sociales, para contribuir a la reflexión sobre la dimensión disciplinar y profesional del Trabajo Social. Nuestro interés es obtener perfiles genuinos sobre aspectos relevantes de la formación disciplinar, los inicios en la profesión, la trayectoria profesional y la situación laboral actual.

Estamos implementando dicho proyecto en el marco de las cursadas de los alumnos de la Cátedra “Epistemología de las Ciencias Sociales” de 1º año; como parte del trabajo práctico perteneciente a la segunda parte de nuestro programa de cátedra, “Epistemología, Ciencias Sociales y Trabajo Social”.

Solicitamos nos permita unos minutos de su tiempo para contestar las preguntas de la encuesta adjunta.

Los datos obtenidos serán anónimos y servirán a los fines de esta investigación: para ampliar el conocimiento teórico sobre la profesión, fundamentar una futura presentación en alguna reunión científica de la disciplina, o como material empírico para tesis de postgrado.

Ud. puede decidir no colaborar con nosotros, por lo que el alumno procederá a retirarse, agradeciendo su tiempo.

Atte.

Mg. Silvina Sánchez
Jefe de Trabajos Prácticos

Dr. Antonio López
Profesor Titular

6- Consentimiento Informado para la Entrevista

Universidad Nacional de La Plata. Doctorado en Trabajo Social.
Doctoranda: Silvina Sánchez

TESIS: LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD. MEDICALIZACION O REIVINDICACION DE DERECHOS. El caso de siete hospitales públicos en la ciudad de La Plata

Estimada colega: me gustaría que pueda compartir un momento de su tiempo para realizar la siguiente entrevista respecto de su experiencia profesional en el Hospital donde ejerce su práctica cotidianamente. El objetivo de la misma es poder encontrar algunas pistas claves para trabajar sobre la hipótesis de que la profesión, cuando actúa en el campo de la salud, adquiere cierta especificidad disciplinar que la diferencia de otras experiencias profesionales. Sería útil que pueda describir detalladamente en qué consiste su intervención y de qué manera la ejerce.

Este estudio no traerá ningún beneficio directo para Ud. pero se espera que sus resultados puedan contribuir a la clarificación de la especificidad profesional en el campo de la salud, aportando nuevo conocimiento al conjunto de la disciplina.

Mi compromiso es acercarle a Ud. el resultado del estudio que estoy realizando para que pueda compartirlo con sus colegas, así como el agradecimiento explícito de su participación en mi tesis doctoral.

Desde ya muchas gracias por su aporte.